

研 究 紀 要

第 1 8 号

放課後児童クラブにおける「気になる子」への対応に関する考察 ー A 県の放課後児童クラブ指導員へのアンケート調査からの分析ー	清 水 健	1
家族形態の違いによるソーシャル・サポートの育児ストレス緩衝効果	野 澤 義 隆	13
医学研究に参加する子どものインフォームド・アセント：倫理指針の国際比較	石 山 ゐづ美	21
幼児の発達特性と砂場での遊び場面との関連性	里 見 達 也	41
生徒と乳幼児とその親との循環型支援についての考察	吉 田 百加利	51
次亜塩素酸水の残留塩素濃度と保存について	井上 聖子・小林 慧歩	59
子どもの絵の発達 ー 範列関係についてー	三 井 正 人	69
読譜力を高めるための一考察	藤 巻 真由美	81
コミュニケーション能力の育成・・・とくに「言う」力について	石 井 秀 夫	91

2013年 2 月

帝京学園短期大学

放課後児童クラブにおける 「気になる子」への対応に関する考察 －A県の放課後児童クラブ指導員へのアンケート調査からの分析－

キーワード：放課後児童クラブ，学童保育，気になる子，特別支援教育

清 水 健

I. はじめに

近年、女性就労率の顕著な増加や家族形態の変化を背景に、留守家庭児童（＝両親共働き、もしくは母子・父子家庭）の放課後の生活を保障すべく学童保育所開設の運動が盛んになっている（田中他，2002）。学童保育サービスは、児童の安全を守り、保護者の不安を軽減する目的で都市部を中心に発達し、その後、全国的な広がりを見せた（富田・三浦，2003）。また、学童保育は、下校後の子ども達の家代わりにして安全に過ごすだけでなく、遊び等を通じ友人関係を育む場所としても期待されている（林他，2010）。全国の放課後児童クラブ（以下、通称の「学童保育」、「学童保育所」、「学童クラブ」等も併用する）の設置数は、2011年には20,204ヶ所、入所児童数は819,622人となっている（Table 1）（学童保育連絡協議会，2011）。これは、1993年の設置数7,516ヶ所、入所児童数231,500人に比して設置数は約2.7倍、入所児童数は3.5倍であり、学童保育に対する関心とニーズが非常に高まっていることが伺える。現在、各地方自治体ではこれまで民間が主体で行ってきた学童保育のサービスを自治体として統括し、行政の福祉施策の一環として行っていくという動きをとっており、国も関連する法律の整備等を進めている（富田・三浦，2003）。

その中で、現在展開されている放課後児童クラブの課題の一つとして障害のある児童の対応が挙げられる。学童保育連絡協議会（2011）によると、障害のある子どもの放課後児童クラブの利用は年々増加しており、その入所児童数は2003年と2007年とで約2倍となっている。障害のある子どもの放課後児童クラブ利用とその支援に関する実践や検討は、少ないながらもいくつか報告されている。西本他（2000）は、学童クラブを利用する自閉性障害児の統合保育について事例を取り上げている。自閉性障害児の学童クラブの利用に際して、西本他（2000）は自閉性障害の特徴的な心の表現方法を理解し、関係する指導員や周りの子どもの理解ある受容によって統合保育の可能性を期待できるとした。また、柳澤（2003）は、学齢期の障害児にとって学童クラブは放課後の生活の充実と親の就労保障として必要かつ重要な役割を果たしていると述べ、学童クラブにおける一自閉症児の統合教育を検討している。これらの先行研究からもわかるように、障

Table 1 学童保育数と入所児童数の推移

年	学童保育数	入所児童数	学童保育数と入所児童数の増え方
1993	7,516	231,500人	
1998	9,627	333,100人	1997年児童福祉法改正、1998年施行 1993年からの5年間で学童保育数は2,100か所増加し、入所児童数は10万人増加（年平均2万人増）
2003	13,797	538,100人	1998年からの5年間で学童保育数は4,200か所増加し、入所児童数は20万人増加（年平均4万人増）
2006	15,858	683,476人	2003年からの3年間で学童保育数は2,000か所増加し、入所児童数は15万人増加（年平均5万人増）
2007	16,668	744,545人	入所児童が1年間で6万1000人増加
2008	17,495	786,883人	法制化後10年で7,800か所増、利用児童は45万人増
2009	18,475	801,390人	自治体などの入所抑制で潜在的な待機児童が増加
2010	19,744	804,309人	大規模施設の分割がすすみ、施設数は過去最高の1200か所以上増加。しかし、経済的な理由等で入所児童は3000人増にとどまる。
2011 ^(注2)	20,204	819,622人	

注1) 全国学童保育連絡協議会調査。詳細な実態調査は5年ごとに実施。入所児童数の全数調査は、2006年から実施、それ以外は概数。

注2) 岩手・宮城の沿岸部および福島原発30キロ圏内にある34市町村は調査に含まれていません。2010年の調査結果で、この34市町村を含まない数は19537か所、79万6721人。

害児の利用に関する報告には近年の特別支援教育において関心の高い「発達障害」の児童の放課後児童クラブ利用に関する話題が目立つ。他にも、駒屋（2010）は、学童保育所での「気になる子」に着目し、学童保育所において指導員にとってどのような状態の子どもの姿を“気になる子”と感じるのか検討した。その検討の中で、小学校、保育所で見られたような「気になる子」が学童保育所においても同様に「気になる子」として存在しているとし、今後、指導員の専門性や心理士等の専門職の配置を含めた「気になる子」への支援方法を深める必要を指摘した。伊部（2010）は、学童保育の実践には、特定のニーズや課題のある子どもと保護者への支援、児童虐待への対応などが求められると述べている。同時に、障害のある子どもの学童保育利用にあたり、専門的な指導員の加配、指導員の研修内容の充実、指導員の身分保障、障害についての理解や知識のある人的資源の確保・充実が必要であると指摘している。これらの検討や実践報告から、近年では、障害のある子どもの放課後児童クラブ利用への関心に伴い、障害の有無が明らかではない、いわゆる「気になる子」の放課後児童クラブの利用についても関心が高まっていることがわかる。

学校教育現場では、平成19年より特殊教育から障害の種類や有無にかかわらず子ども一人ひとりの教育的ニーズに応じた生活上、学習上の支援を行う「特別支援教育」に転換している。このことから、通常学級に通う子どもが利用する放課後児童クラブにおいても、学校教育現場と同様に「気になる子」の存在が顕在化したのではないかと考える。しかし、現存する先行研究として、放課後児童クラブにおける「気になる子」の存

在は明らかになっているものの、日常の保育の中での集団活動における行動面に関する課題やそれに対する具体的な対応に関する実践や報告は少ない。今後の課題としては、学童保育所の実情を踏まえた上で、あらたに「気になる子」とはどのような状態像を指すのかということを量的に収集する必要があると思われる（駒屋，2010）。特に、「気になる子」に対する具体的な対応に関する事例研究や実践報告については、今後に期待するところが多い。

そこで本研究では、放課後児童クラブの指導員が抱える「気になる子」に関する課題として、「気になる子」の具体的な問題行動の例を挙げ、放課後児童クラブにおける「気になる子」の姿の一例を明らかにしたい。それにより、「気になる子」に対する配慮点や指導の可能性を検討したい。

Ⅱ. 目 的

本研究では、筆者が放課後児童クラブ指導員を対象とした研修会にて実施したアンケート調査から、指導員が抱える「気になる子」の姿に関する記述をとり挙げ、放課後児童クラブにおける「気になる子」の姿の一例を明らかにする。また、放課後児童クラブにおける「気になる子」に対する配慮や指導方法の可能性を検討する。

Ⅲ. 方 法

1. 調査対象

A県内の放課後児童クラブにて勤務する指導員30名を対象とした。A県内の放課後児童クラブ指導員を対象とした研修会に参加した指導員であるため、所属や勤務年数等是不明である。

2. 調査期間

調査は、2017年6月に実施した。調査は、A県内の放課後児童クラブ指導員の研修会にて実施したため、期間は1日間である。

3. 調査内容

調査は、指導員自身のこれまでの勤務経験の中で、「気になる子」への対応について、困っていることや分からないことについて自由に記述するよう求めた。調査票には、①事例の子どもの障害種（既に診断があれば記入、なければ無記入）、②気になる子どもの行動の事例、③事例の子どもへの対応事例について、自由記述にて回答を求めた。

4. 手続き

アンケート用紙は、A県内で開催された放課後児童クラブ指導員を対象とした研修会

にて、筆者が作成したアンケート用紙を研修会資料に織り込み、研修会参加者全員に配布した。

アンケート調査の当日に開催された放課後児童クラブ指導員を対象とした研修会のテーマは、「放課後児童クラブにおける障害のある子どもへの気づきと支援～障害のある子どもとのかかわり～」であった。

アンケート用紙への記入に際し、研修会の中で「気になる子」とは何かを説明し、「気になる子」について定義づけた。当研修会における「気になる子」の定義は、「障害のある子ども」「何らかの発達障害の疑いのある子ども」「障害の有無に関わらず、集団活動の中で行動上問題を抱える子ども」とした。

アンケート用紙への記入については、研修会の休憩時間を利用して回答するように求め、研修会終了後に質問紙回収BOXにて回収した。

5. 結果の処理

回収したアンケート用紙は、記述の内容から、「気になる子」に関する記述のあるものを選定し、事例毎に羅列した。「気になる子」に関する記述が観られないアンケート用紙や、無記入のアンケート用紙、アンケート用紙中の“感想”については、今回の調査結果として取り扱わない。

「気になる子」に関する記述のあるものについては、事例毎に事例児に関する記述内容から同様のものをグループ化した。グループ化には、下川・宮城（2003）を参考に、①じっとしていられないタイプに関する記述、②かっとなったりパニックになるタイプに関する記述、③学習に困難を示すタイプに関する記述で分け、「気になる子」の姿を整理した。

IV. 結 果

1. 回答の状況

A県内の放課後児童クラブ指導員へのアンケート調査の結果、「気になる子」に関する内容として9件の回答を得ることができた。回答として得た記述はTable 2に示した通りである。

Table 2 A県内の放課後児童クラブ指導員へのアンケート調査結果

調査項目：①事例の子どもの障害種

(既に診断がある場合には記入、無い・不明の場合には無記入)

②気になる子どもの行動の事例

③事例の子どもへの対応事例

事例	①	②	③
事例A	記入なし	・落ち着いて座っていられず常にウロウロしている。少しの間座っているように注意しても注意してすぐは聞かぬが、長くもたない。好奇心旺盛で何かを作りたがるが自分で考えられない。何もすることが無いと他の子どもたちと遊ぶわけでもなく、室内をウロウロし、楽しそうに遊んでいる子どもの邪魔をする。	記入なし
事例B	記入なし	・自分が「変だ」「気に入らない」と思うと急に声を荒らげ、泣いたり怒ったりする。自分が関わっていないことなのに、周囲の子どもの行動が気に入り、気に入らないことがあるとその子どもの所に行き怒ったり、注意をして周りの子たちを困惑させている。トラブルがあった時、状況説明をするがうまく言えず、言っていることがころころ変わる。そのうち自分が何を言っているのか分からずさんざん怒ったり泣いたりしていたのに笑い出してしまう。	記入なし
事例C	自閉症	物を作ったりするのが好きで、皆と関わらずに一人であることが多い。ところが、たまに多くの子どもが傍によって話しかけたり触ったりすると機嫌が悪くなり、ダダをこねては指導員にすぐに“抱っこ”や“おんぶ”を要求する。	子どもの要求通りになるよう対応するとすぐに落ち着いている。
事例D	ADHD	・ADHDの診断を受け、薬を服用している子どもがいる。生活の中の態度、言葉が乱暴で他の子どもに恐怖心を与えている。当然、職員の言うことも聞き入れない。	記入なし
事例E	記入なし	・学習（宿題）を見ることがありますが、宿題中の設問について、何を問われているのかを理解していない。問題の答えを導き出すような指導を要する。特に口語が分からないこともあり、学習指導に難しさを感じる。	指導員が子どもの学習をほとんどリードしている。
事例F	ADHD	遊びのルールを理解できず、他の子どもたちとトラブルを起こす。トラブルの処理に何回も指導員が関わるが、「どうしてトラブルになったのか」を指導員から説明しても理解できず、再び同じトラブルを繰り返す。	ゆっくりとした言葉で説明するよう心掛けて指導をしている。

事例G	記入なし	入学後、夏休み開始頃より奇声を発するという行動が出はじめ、学校側と話し合いを重ねた。手をすぐに洗う行動、自分の気に入らない子どもに服、鉛筆、筆箱、その他を触られるとすぐ洗う（服を着たまま服を洗う）。ちょっと腕がぶつかってしまい、相手の子どもが謝ってもそれを聞き入れることなく手や足を出している。他の子どもをたたいてしまった後には、教室内を走り回り興奮を抑える。	興奮が収まらず、関係の無い周りの子どもに危害を加え始めた場合には指導員が押さえつけるということもある。また、段ボールを用意しているが事例児は使用していない。
事例H	自閉症	トイレ、手洗い、うがい（だいたい手洗い、うがいが多い）を必ずしないと気が済まず、一つ気になったことがあると執着する。気になりすぎて指導員の話を受けないこともある。	記入なし
事例I	記入なし	カッとなると頭が真っ白になってパニックになってしまう。学校では個別に対応し、段ボールをかぶせるなどして個室で気持ちを発散させている。	記入なし

A県内の放課後児童クラブ指導員を対象とした研修会の参加者は30名であった。研修会に参加した指導員のうち、20名の指導員より回答を得ることができた。回収率は66%であった。

回答を得ることのできた20件の事例のうち、9件の事例について「気になる子」に関する記述を回収した（「気になる子」に関する事例9件について、それぞれ事例A～Iと命名した）。

回答を得たアンケート用紙の内、「気になる子」に関する記述の観られないものは、11件であった。「気になる子」に関する記述の観られない11件のアンケート用紙については、記述内容が調査内容に該当しないため、調査結果としてとり扱わずに対応した。11件のアンケート用紙の回答内容は、放課後児童クラブにおける集団の指導の方法に関する記述、学校との連絡調整に関する記述、感想に関する記述であった。

2. 放課後児童クラブにおける「気になる子」の姿

放課後児童クラブ指導員を対象とした「気になる子」に関するアンケート調査の結果、9件の「気になる子」に関する事例を回収した。

事例A～Iのうち、障害の有無（事例の子どもについて、既に障害の診断を受けているもの）についての記述がみられた事例は、事例C、事例D、事例F、事例Hの合計4件であった。その内訳は、「自閉症」が2件、「ADHD＝注意欠陥多動性障害（以下、「ADHD」とする）」が2件であった。

その他の事例（A、B、E、G、I）については、障害の有無に関する記述がみられなかった（無記入）ため、障害の診断を受けていないあるいは診断の有無が不明のもの

であると解釈する。

事例児の障害の有無が明らかでない事例（A、B、E、G、I）について、事例毎に事例児に関する記述内容の特徴から、①じっとしていられないタイプに関する記述、②かっとなったりパニックになるタイプに関する記述、③学習に困難を示すタイプに関する記述のグループに分け、「気になる子」の姿を整理した結果、以下のようにグルーピングした（Table 3）。

その結果、①じっとしていられないタイプに関する記述は事例Aが該当した。②かっとなったりパニックになるタイプに関する記述には、事例B及び事例Iが該当した。③学習に困難を示すタイプに関する記述には、事例Eが該当した。事例Gは、事例中の記述の内容としてどのグループにも属さない事例であり、グループ分けが困難であったため、その他のグループに配属した。

Table 3 事例に挙げた「気になる子」の特徴

記述の特徴グループ	事例名
①じっとしていられないタイプに関する記述	事例A
②かっとなったりパニックになるタイプに関する記述	事例B、事例I
③学習に困難を示すタイプに関する記述	事例E
④その他の記述	事例G

また、各事例に対して、指導員の対応について記述されている事例は、事例C、事例E、事例F、事例Gの4件であった。事例A、事例B、事例D、事例H、事例Iの5件については、指導員の事例児への対応についての記述はなかった。指導員の対応が観られる事例は、全ての事例において指導員が直接事例児へ支援の関わりを持っているものであった。

V. 考 察

1. 回答状況

A県内の放課後児童クラブ指導員30名を対象に「気になる子」に関する調査を行った結果、9件の事例について「気になる子」に関する記述を得た。全国学童保育連絡協議会（2011）によると、障害のある子どもの入所は増加していると述べており、2007年調査では、障害のある子どもを受け入れている学童保育数は全国に約6300か所であり、全国の放課後児童クラブ設置数の37.8%である（全国学童保育連絡協議会，2011）。今回の調査ではA県内の放課後児童クラブ指導員を対象としたが、回答した指導員の30%が実際の体験として「気になる子」とのかかわりを示している。このことから、A県内の放課後児童クラブにおいては、障害の有無にはかかわらないものの全国の放課後児童

クラブと同様に「気になる子」が存在していることが分かる。

2. 放課後児童クラブにおける「気になる子」の姿

放課後児童クラブにおける「気になる子」の姿について、回収したアンケート用紙から9件の事例を回収した「気になる子」に関する記述のうち、事例の子どもの障害について、既に診断を受け障害の有無が明らかなものは4件であった。内訳としては「自閉症」「ADHD」であった。前述したように、放課後児童クラブにおける障害児の統合保育に関する先行研究はいくつかあり、その内容として「自閉症」に着目するものは多い。柳沢（2003）は、自閉症児の統合保育について、学童クラブのように統制されていない統合保育場面では、障害児、特に自閉症児の場合、対人関係、社会性、行動において問題が顕在化しやすいと述べている。このことから、今回の調査においても同様に、回答した指導員にとって自閉症児の問題行動が特に印象的な事例として取り上げられて記述されたのではないかと考える。今回の調査では、「ADHD」の診断を既に受けている子どもに関する事例も2件見られた。これは、近年の特別支援教育の推進により「発達障害」についての関心が高まる中、「自閉症」だけでなく、「ADHD」についても同様に関心が高まり、ADHD児の行動が特に印象的な事例として記述されたのではないかと考える。

一方、「気になる子」に関する事例のうち、5件については、事例児の障害の有無が明らかでないものであった。これらの事例について、事例の記載内容から同様の特徴を持つ事例をグループ化すると、事例の特徴を①じっとしていられないタイプに関する記述、②かっとなったりパニックになるタイプに関する記述、③学習に困難を示すタイプに関する記述した事例にグループ分けすることができた。今回の調査においては、調査の際に「気になる子」の定義を定めたこともあり、障害の有無が明らかではない「気になる子」の姿として「発達障害」のある子どもの姿を連想して回答したことが考えられる。駒屋（2010）は、気になる子の姿として「浮いている子」や「甘える子」を挙げている。このことから、今回の調査では明らかにすることができなかった子どもの姿があり、今後、より具体的に対象を限定した「気になる子」の姿を追求していく必要があると考える。

指導員の対応についての記述は、4件にとどまった。学童クラブにおける自閉症児への対応について、西本等（2000）は、指導員の対応として「根気よく関わり続けること」や「子どもの本意に沿って対応すること」、「周囲の子どもの理解を高める」ことが自閉症児の統合保育に一定の成果をもたらしていることを述べている。今回の調査においても、「子どもの要求に応じた対応をする」といった記述がみられたことから、子どもの本意に沿った対応は一定の効果を期待できるものであると考える。一方で、駒屋（2010）は、手がかかる児童に気をとられるあまり、全体に対しての目配りができなくなることを指摘している。このことから、「子どもの本意に沿った対応」は、一場面における“とっさの対応”としての一定の効果こそあるものの、全ての場面において同様の対応をとることは、集団活動の中での対応として困難を伴うことが考えられ、子どもの

本意に沿うだけでなく、集団活動全体を崩すことなく対応する手段を検討する必要性があるといえる。

また、今回の調査では指導員の子どもへの対応に関する記述から、「気になる子」への支援としての専門的な視点からのアプローチがなされているかどうかを明らかにすることができなかった。今回の調査における指導員の「気になる子」への対応についての記述だけでは、その専門性を測ることができず、また、指導員自身の「気になる子」の受け入れに対する「困り感」のみに着目する結果となった。指導員の専門性について、藤田等（2011）によると、従来、指導員の仕事は「子どもが怪我の無いように放課後のわずかな時間を観ていればよい仕事」「お年寄りやボランティアでもできる仕事」と考えられてきたと述べている。さらに、児童福祉法にも具体的な指導員の活動を明確にしていなと述べ、放課後児童クラブ指導員の専門性を低く捉える風潮があると指摘している。一方で、平田（2007）は、そのような現状を踏まえた上で、近年では学童保育を子ども的人間的な発達を求める機会の場として望む親も増え、質の高い保育ニーズが求められているとし、このような親たちの期待に応えるためには学童保育指導員が専門性を高めなければならないと述べている。さらに、学童保育指導員の専門性を確立するためにも養成カリキュラムの確立が肝要であると述べている。また、学童保育の現場には隣接専門領域の経験者が多数参加していることが予想されるとし、経験者の実践を分析し、研究発表や検討会を重ねることで学童保育独自の専門性が築かれると述べている。今回の調査では、放課後児童クラブ指導員の専門性についての調査は行わなかったため、回答者の「気になる子」とのかかわりに関する経験や知識について、量的・質的なデータを得ることはできなかった。しかし、実際に放課後児童クラブで勤務する指導員の記述として、「ゆっくりとした言葉での説明」や「段ボールの設置」など、「気になる子」に対する支援に関する内容が少ないながらも観られることから、放課後児童クラブの現場では指導員によって「気になる子」への対応に関する支援や配慮が行われていることが分かる。西木（2010）は、学校教員免許状や保育士資格の有資格であることだけや、障害児との関わり体験があるだけでは、障害児受け入れを肯定的に捉えることができるとは限らないことを示した。一方で、児童厚生指導員資格を有する指導員群で障害児と関わり体験のある指導員は、障害児受け入れを積極的・肯定的に捉えることを示した。このことから、放課後児童クラブ指導員が「気になる子」との関わりに関する専門性の向上に向けて、専門的な資格取得と同時に実際の体験をすることが指導員の「気になる子」との関わりに関する専門性を高めるきっかけになっているのではないかと考える。今回の調査では、指導員の「気になる子」に関する専門性については触れなかったが、今後は「気になる子」への支援として、放課後児童クラブ職員の資格の有無やこれまでの指導員としての業務の中での「気になる子」とのかかわり経験による専門性について検討したうえで、実際の放課後児童クラブでの「気になる子」の姿と専門的な視点による対応について検討することが望まれる。また、放課後児童クラブと学校とのかかわりの中で、学校教育において推進されている「特別支援教育」を有意義に活用し、放課後児童クラブにおける「気になる子」への支援として特別支援教育の視点を踏まえた指導の可

能性を探ることも同時に望まれる。

VI. おわりに

本研究では、筆者が放課後児童クラブ指導員を対象とした研修会にて実施したアンケート調査から、指導員が抱える「気になる子」の姿に関する記述をとり挙げ、放課後児童クラブにおける「気になる子」の姿の一例を明らかにすることを目的とした。その結果として、放課後児童クラブの現場で実際に存在する「気になる子」の姿の例を明らかにすることができた。しかし、事例児一人ひとりの生活の様子についてまで具体的な調査を行うことができず、行動面での問題行動の一面のみの紹介となった。このことから、事例の「気になる子」について、より具体的にケースを取り上げ、指導場面と共に支援の方法を模索する必要性を今後の課題として残すことになった。

また、放課後児童クラブにおける「気になる子」に対する配慮や指導方法の可能性については、検討するに至らなかった。今後は、「気になる子」への支援として、より専門的な視点から観た指導方法を検討していきたい。

謝 辞

調査にご協力くださいましたA県内の放課後児童クラブ指導員の皆様に心より感謝申し上げます。ならびに、調査の機会を提供してくださいました研修会関係者の皆様に重ねて感謝申し上げます。

引用・参考文献

- ・ 藤田順子・小林千尋・草野篤子（2011）放課後における学童保育指導員の専門性と課題．湘北紀要．32，169－182.
- ・ 林香菜子・藍澤宏・菅原麻衣子（2010）学童保育の現状と課題にみる保育環境の改善に関する研究．日本建築学会大会学術講演梗概集，609－610.
- ・ 平田貴子（2007）我が国における学童保育の現状に関する一考察．川崎医療短期大学紀要．27，47－51.
- ・ 伊部恭子（2010）学童保育における子育て・家族支援の課題．佛教大学社会福祉学部論集，6，1－18.
- ・ 駒屋雄高（2010）学童保育所での『気になる子』に関する一考察．教育人間科学部紀要，1，159－179.
- ・ 文部科学省（2003）通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する全国実態調査．
- ・ 西本絹子・常田秀子・浜谷直人・古屋喜美代・吉川はる奈（2000）学童クラブにお

- ける自閉性障害児の統合保育のとりくみ. 日本教育心理学会発表論文集. 42, 420.
- ・ 下川照夫・宮城由美子（2003）子どもと保護者の気になる特徴. 東亜臨床心理学研究. 2（1）, 9－24.
 - ・ 田中真悟・清水裕之・有賀隆・大月淳（2002）学童保育施設における児童の行為と領域形成に関する研究—名古屋市の学童保育所を対象として—. 日本建築学会大会学術講演梗概集, 665－666.
 - ・ 富田啓介・三浦研（2003）「放課後児童健全育成事業」に基づく学童保育サービス及び学童保育施設の実態に関する研究. 日本建築学会大会学術講演梗概集, 153－154.
 - ・ 柳沢君夫（2003）学童クラブにおける一自閉症児の統合教育—保育者の意図的介入の検討—. 特殊教育学研究, 40（5）, 517－526.
 - ・ 全国学童保育連絡協議会（2012）学童保育の実施状況教実態調査.

家族形態の違いによるソーシャル・サポートの育児ストレス緩衝効果

キーワード：家族形態，ソーシャル・サポート，育児ストレス

野 澤 義 隆

問題と目的

育児を行う母親の育児ストレスを軽減させることは重要な課題である。これまで、育児ストレスはイライラや不安、怒りなど情動反応を喚起するとの指摘（清水，2003）や、育児ストレスの増大によって、母親は育児への意欲低下や育児放棄などの児童虐待にいたる危険性がある（難波・田中，1999）との指摘がされてきた。ここでいう育児ストレスとは、子どもや育児に関する出来事や状況などが母親によって知覚されることや、その結果、母親が経験する困難な状態（佐藤・菅原・戸田・島・北村，1994）である。育児ストレス軽減の方策として、ソーシャル・サポート（social support）が注目されている。ソーシャル・サポートとは、特定個人が特定時点で彼／彼女と関係を有している他者から得ている、有形、無形の諸種の援助（南・稲葉・浦，1988）であり、ソーシャル・サポートのアイデンティティはストレス低減機能の可能性の検討（Rook，1985）と指摘がされている。これまでソーシャル・サポートの育児ストレス緩衝効果に関する研究は、ソーシャル・サポートの構造的測度と機能的測度を中心に行われてきたが（久田・箕口・千田・丹羽，1990；北川・七木田・今塩屋，1995；福岡・橋本，1995など）、特に中心的に行われてきたのは機能的測度に焦点を当てた研究である（竹田・岩立，1999；内野，2006；吉永，2007など）。機能的測度とは、狭義の意味でのソーシャル・サポートとされ、愛情、所属感、物理的援助などの利用可能性や実行頻度、特定の機能を提供する対人的相互作用の内容に焦点を当てて測定するものである（Cohen&Syme，1985；橋本，2005）。この機能的測度に焦点を当てたソーシャル・サポートの育児ストレス緩衝効果に関する研究は、主に乳幼児をもつ母親（吉永，2007；加藤・津田，1998）や、障害児をもつ母親（北川ほか，1995；宋・伊藤・渡邊，2004）を対象に研究が行われてきた。その対象へのサポート内容やサポート提供者に関する研究が行われている（北川ほか，1995；久田ほか，1990；吉永，2007）。これまで、母親への重要なサポート提供者は、夫（吉田，2004）、祖父母（竹田・岩立，1999）、友人（菅沼ほか，1996）が中心であったが、重要なサポート提供者として祖父母や夫などの家族員が示唆されてきたものの、家族形態の違いによる育児ストレス緩衝効果にはほとんど焦点が当てられてこなかった。しかしながら、育児を行う母親を取り巻く環境は様々であり、母親の家族形態によって重要なサポート提供者やサポート内容が異なる

と考えられる。そのため、本研究は、家族形態の違いによるソーシャル・サポートの育児ストレス緩衝効果を探索的に検討することを目的とした。家族形態に関しては、祖母ならびに夫、子どもがいる三世代世帯、夫と子どものみの世帯（以下、ここでは便宜的に「核家族世帯」とする）、母親と子どものみの世帯（以下、「母子世帯」とする）の家族形態に焦点をあてることにした。これにより、母親のおかれている家族環境の違いによるサポート内容とその効果を明らかにすることで、母親のおかれている家族環境に合うサポートを考える上での一助になると考えられる。

研究方法

（1）対象者ならびに手続き

A 県の保育園および子育て支援センターに通う 0 ～ 6 才児の母親、計 1,197 名を対象に調査を実施した。回答者の平均年齢は 33.7 歳であった。調査は、2008 年 9 月に各施設の責任者を通じて自記式質問紙を配布した。倫理的配慮のため、回答のあった質問紙は研究以外の目的に使用しないことを明記し、記入後は各個人が封筒を綴じた上で各クラスの担当者が回収した。また、個人が特定されないよう入力、集計した。

回収数は 945（回収率 78.9%）であった。そのうち、回収数から項目に複数回答のある者と項目すべて同回答を行っていた者を除いた時の有効回答数は 741（有効回答率 78.4%）であった。よって、今回は 741 名を分析対象とした。

（2）調査内容

1) フェイスシート

母親の個人属性を知るため、年齢、家族形態、居住年数、一週間の就労日数、子の数、子の年齢を尋ねた。

2) ソーシャル・サポート

吉田（2004）によるソーシャル・サポート尺度を使用した。尺度は 19 項目からなり、4 件法で回答を求めた。

3) 育児ストレス

野澤（2012）により内的整合性ならびにモデルの適合度が良いと判断された育児ストレスの 3 つの下位因子（育児負担感、育児不安感、育児困惑感）を用いた。

（3）分析方法

ソーシャル・サポート尺度の分析に関しては、因子構造を確認するために探索的因子分析を行う。なお、ソーシャル・サポートの各因子の内的整合性を確認するために、 α 係数を算出する。次に、家族形態によるソーシャル・サポートの育児ストレス緩衝効果を確認するため、探索的因子分析で抽出されたソーシャル・サポートの下位因子ならびに育児ストレスの下位因子を用いて、SEM（Structural Equation

Modeling) による多母集団同時分析を行う。なお、家族形態は、三世帯世帯（147名）、核家族世帯（511名）、母子世帯（83名）について検討する。また、子どもの年齢による育児ストレスの差異が想定されることから、子どもの年齢を未満児（0～2歳児）と以上児（3～6歳児）に分け、子どもの年齢のダミー変数（1：未満児，0：以上児）を組み込んだ。

研究結果

（1）ソーシャル・サポートの因子構造

まず、記述統計で天井効果、床効果を確認した。結果、19項目すべてに天井効果、床効果が見られなかったため、すべての項目を分析にかけることにした。

次に、19項目を主因子法による因子分析を行った。因子数の決定は、カイザー・ガッ

Table 1 ソーシャル・サポート尺度の因子分析結果（Promax回転後の因子パターン）

	I	II
SS13_ 辛く悲しいときに、なぐさめ、励ましてくれる人がある	.933	-.132
SS12_ 悩みや心配事を相談できる人がある	.898	-.120
SS11_ 気持ちが通じ合う人がある	.845	-.094
SS18_ お互いの考えや将来のことなどを話し合える人がある	.806	-.051
SS16_ 心の中の秘密を打ち明けられる人がある	.802	-.091
SS15_ 意見や忠告をしてくれる人がある	.795	-.076
SS14_ 嬉しいことを一緒に喜んでくれる人がある	.792	.053
SS17_ 私を信じ、見守ってくれる人がある	.732	.028
SS09_ 一緒にいると落ち着き安心できる人がある	.713	.038
SS10_ 無駄話やおしゃべりができる人がある	.668	.046
SS19_ 子どもに関する悩みや困ったときに相談できる人がある	.664	.129
SS06_ 今ぶつかっている問題を一緒になって助けてくれる人がある	.555	.292
SS08_ 疾患について相談したり情報交換できる人がある	.488	.276
SS07_ スポーツや旅行などの楽しみを一緒に過ごせる人がある	.469	.282
SS02_ 病気で寝込んだ時、身の回りの世話をしてくれる人がある	-.177	.883
SS01_ 家事をしたり、手伝ってくれる人がある	-.212	.789
SS03_ 引越しをしなければならない時、手伝ってくれる人がある	.094	.640
SS05_ 困ったことが起こった時、助け合える人がある	.379	.522
SS04_ 日常生活で分からないことがあったときに教えてくれる人がある	.288	.490
因子相関		
I	—	0.61 **
II		—
α	0.95	0.83

* $p < .05$, ** $p < .01$

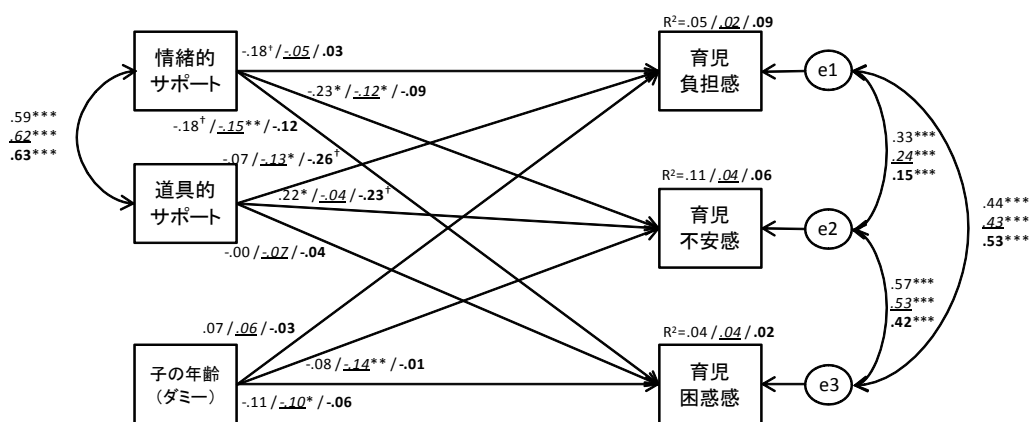
トマン基準およびスクリー法の解釈により決定した。その結果、2因子解が採択された。その後、Promax法を用いて因子の回転を行った。結果、因子負荷量が.40以下の項目ならびに2因子共に.40以上であった項目が見られなかったため、2因子が抽出された。

次に、抽出された因子の命名を行った。項目の解釈から、第1因子は「辛く悲しい時に、なぐさめ、励ましてくれる人がある」、「悩みや心配事を相談できる人がある」、「気持ちを通じ合う人がある」等の項目の負荷量が高いことから、「情緒的サポート」と命名した。なお、因子の内的整合性を検討するために α 係数を求めたところ、 $\alpha=.95$ であり、内的整合性は十分に高いと判断された。第2因子は、「病気で寝込んだ時、身の回りの世話をしてくれる人がある」、「家事をしたり、手伝ってくれる人がある」、「引っ越しをしなければならない時、手伝ってくれる人がある」等の項目の負荷量が高いことから、「道具的サポート」と命名した。なお、因子の内的整合性を検討するために α 係数を求めたところ、 $\alpha=.83$ であり、内的整合性は十分に高いと判断された (Table 1)。

(2) 家族形態によるソーシャル・サポートの育児ストレス緩衝効果

上記で抽出された「情緒的サポート」、「道具的サポート」のソーシャル・サポートの各因子を独立変数、「育児負担感」、「育児不安感」、「育児困惑感」の育児ストレスの各因子を従属変数とし、育児ストレスの各因子へ子どもの年齢のダミー変数を組み込んだモデルを想定してSEMによる多母集団同時分析を行った。結果、モデルの適合度は、 $\chi^2(6)=9.467$, CFI=.996, GFI=.996, AGFI=.956, RMSEA=.028となり、適合度は良いと判断された (Figure.1)。

三世代世帯に関して、情緒的サポートから育児不安感への負のパス係数が有意であり、情緒的サポートから育児負担感ならびに育児困惑感への負のパス係数が有意傾向で



標準: 三世代世帯, 下線斜体: 核家族, **太字**: 母子世帯

$\chi^2(6)=9.467$, CFI=.996, GFI=.996, AGFI=.956, RMSEA=.028 $p<.10^†$, $p<.05^*$, $p<.01^{**}$, $p<.001^{***}$

Figure.1 家族形態によるソーシャル・サポートの育児ストレス緩衝効果のモデル

あった。また、道具的サポートから育児不安感へ正のパス係数が有意であった。核家族世帯に関して、情緒的サポートから育児不安感ならびに育児困惑感へ負のパス係数が有意であった。また、道具的サポートから育児負担感へ負のパス係数が有意であった。さらに、育児不安感ならびに育児困惑感において、未満児と以上児に差が見られた。母子世帯に関して、道具的サポートから育児負担感ならびに育児不安感へ負のパス係数が有意傾向であった。

各母集団のパラメータ間に対する差の検定を行ったところ、道具的サポートから育児不安感に関して、三世帯世帯と核家族世帯や母子世帯に差が見られた (Figure.1)。

考 察

本研究は、家族形態の違いによるソーシャル・サポートの育児ストレス緩衝効果を検討することを目的とした。各家族形態の結果を見ていくと、まず、三世帯世帯は、情緒的サポートが増えるほど育児負担感、育児不安感、育児困惑感が軽減すること、道具的サポートが増えるほど育児不安感が増大する結果となった。この結果は、他の家族形態に比べて、情緒的サポートが全ての育児ストレス因子の軽減に影響を与えていること、道具的サポートが育児不安感を増大させる点が特異であった。また、本モデルにおける各母集団のパラメータ間の差の検定結果は、道具的サポートから育児不安感への影響に関して、三世帯世帯と核家族世帯や母子世帯とに差が見られた。それは、祖父母からのソーシャル・サポートが負担感や不安感を下げるという研究結果 (宋・伊藤・渡邊, 2004) と異なる結果となった。このことは、子育ての先輩である祖父母と同居していることで情緒的なサポートが受けやすい環境にあるものの、子育ての先輩である祖父母の子育て方法を観察や実行する中で自身の育児に自信がなくなり、不安感が増大してしまうことが1つの要因として考えられる。核家族世帯は、情緒的サポートが増えるほど育児不安感や育児困惑感が軽減すること、道具的サポートが増えるほど育児負担感が軽減する結果となった。また、未満児よりも以上児の方が、育児不安感ならびに育児困惑感が高い結果となった。この結果は、他の家族形態に比べて情緒的サポートは育児不安感や困惑感という心的な影響へ、道具的サポートは育児負担感という身体への影響というように、情緒的な面と道具的な面に分かれる影響が示唆された。しかしながら、有意差は出たものの、パス係数の値が低いことから、育児ストレス軽減には、ソーシャル・サポート以外の要因も検討していく必要があると考えられる。母子世帯は、道具的サポートが増えるほど育児不安感や育児負担感が軽減する結果となった。この結果は、他の家族形態と比べて情緒的サポートよりも道具的サポートが育児負担感や育児不安感の軽減につながっている点が特異であった。このことは、母子世帯の母親は近所付き合いが少なく、問題が起こった時は相談しないで自身で決めるとの調査結果 (金山, 2009) から考えられるように、ソーシャル・サポート・ネットワークのサイズが小さく、サポート源が少ないために家事・育児などを手伝うような道具的サポートが、母親の育児負担

感や不安感の軽減につながると考えられる。以上の結果から、母親の家族環境の違いによるサポート内容とその効果の違いが示唆された。今後は、さらに詳細な分析を行なっていく必要がある。

最後に、本研究では大きく以下の点が課題として残った。1つは、家族形態による育児ストレス緩衝効果の差は見られたものの、係数が低い点である。これは、サポート内容の他に別の要因がストレスを軽減させることが考えられるため、今後はその要因を考える必要がある。2つは、母子世帯のサンプル数が少ない点である。今後は、母子世帯のサンプル数を増やして検討する必要がある。

文 献

- Barrera,M,Jr. (1986) .Distinction between social support concepts,measures,and models. *American Journal of Community Psychology*,14,413-445.
- Cohen,J. (1988) .Statistical power analysis for the behavioral sciences 2nd ed. *Hillsdale,NJ:Lawrence Earlbaum associates*.
- 傳馬淳一郎. (2006) .「子育て支援」概念に関する研究：親子を取り巻く環境と支援の機能. *北里学園大学大学院社会福祉学研究科北里学園大学大学院論集* ,9,13-30.
- 海老原亜弥・秦野悦子. (2004) . 保育園・幼稚園児を育てる母親の育児負担感：ストレス、コーピング、ソーシャル・サポートの関係. *小児保健研究* ,63 (6) ,660-666.
- 藤田大輔・金岡 緑. (2002) . 乳幼児を持つ母親の精神的健康度に及ぼすソーシャル・サポートの影響. *日本公衆衛生雑誌* ,49 (4) ,305-313.
- 芳賀 道. (2000) . 母親の育児ストレスに対する父親のソーシャル・サポートの緩衝効果について. *中央大学大学院研究年報* ,30,211-218.
- 長谷川麻衣. (2005) . 幼児を持つ母親の育児ストレスと精神的健康および母子関係. *臨床発達心理学研究* ,4,3-12.
- 橋本 理. (2007) . 地域就労支援の現状と課題：障害者雇用および母子家庭の母の雇用を中心に. *社会学部紀要* ,39 (1) ,1-15.
- 橋本 剛. (2005) . ストレスと人間関係. *ナカニシヤ出版* .
- 初塚眞喜子・石田雅人. (1996) 子育てにおける母親と父親のストレス比較：母親の職業形態による差異. *大阪教育大学紀要* ,45 (1) ,31-42.
- 久田 満・箕口雅博・千田茂博・丹羽郁夫. (1990) . 育児ストレスと産後抑うつ症：ソーシャル・サポートとしての夫婦親密性のもつストレス緩和効果の検討. *社会心理学研究* ,6 (1) ,42-51.
- 福岡欣治・橋本 幸. (1995) . 知覚されたソーシャル・サポートのストレス緩和効果におけるサポート源とサポート内容の影響：看護教員養成講習会の受講者を対象として. *健康心理学研究* ,8 (2) ,1-11.
- 加藤道代・津田千鶴. (1998) . 宮城県大和町における0歳児を持つ母親の育児ストレス

- に関わる要因の検討. *小児保健研究*, 57 (3), 433-440.
- 北川憲明・七木田敦・今塩屋隼男. (1995). 障害幼児を育てる母親へのソーシャルサポートの影響. *特殊教育学研究*, 33 (1), 35-44.
- Lazarus, R. and Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal and Coping. *Springer Publishing Company, Inc.*
- 牧野カツコ. (1982). 乳幼児をもつ母親の生活と育児不安. *家庭教育研究所紀要*, 3, 34-56.
- 前原武子・金武育子・貞野政人. (2005). 母親の被養育経験と育児ストレス：育児効力感およびソーシャル・サポートの媒介機能. *琉球大学教育学部紀要*, 67, 273-282.
- 南 隆男・稲葉昭英・浦 光博. (1988). ソーシャル・サポート研究の活性化に向けて：若干の資料. *哲学*, 85, 151-184.
- 森下 剛. (2001) 乳幼児の母親がもつ家庭外育児サポートに関する研究：私的サポートの機能と育児不安・ストレスとの関係を中心に. *教育方法学研究*, 14, 141-156.
- 難波茂美・田中宏二. (1999). サポートと対人葛藤が育児期の母親のストレス反応に及ぼす影響：出産直後と3ヶ月後の追跡調査. *健康心理学研究*, 12 (1), 37-47.
- 野澤義隆. (2009). 同居家族の違いが乳幼児をもつ母親の育児ストレスとソーシャル・サポートに与える影響. *立正社会福祉研究*, 19, 29-35.
- 野澤義隆. (2012). ソーシャル・サポートが母子家庭の母親の育児ストレスに与える影響. *立正社会福祉研究*, 25, 1-6.
- 岡安孝弘・嶋田洋徳・坂野雄二. (1992). 中学生用ストレス反応尺度の作成の試み. *早稲田大学人間科学研究*, 5 (1), 23-29.
- Rook, K. (1985). The functions of social bonds : Perspectives from research on social support, loneliness and social isolation. In I.G. Sarason & B.R. Sarason (Eds.), *Social support : Theory, research and applications*. *Martinus Nijhoff Publishers*, 243-267.
- 佐藤達哉・菅原ますみ・戸田まり・島 悟・北村俊則. (1994). 育児に関連するストレスとその抑うつ重症度との関連. *心理学研究*, 64 (6), 409-416.
- 清水嘉子・西田公昭. (2000) 育児ストレス構造の研究. *日本看護研究学会雑誌*, 23 (5), 55-67.
- 清水嘉子. (2003). 育児ストレスの実態研究：ストレス情動反応を中心にして. *母性衛生*, 44, 372-378.
- 宋 慧珍・伊藤良子・渡邊裕子. (2004). 高機能自閉症・アスペルガー障害の子どもたちと家族への支援に関する研究：親のストレスとサポートの関係をを中心に. *自閉症スペクトラム研究*, 3, 11-22.
- 菅沼 崇・古城和敬・松崎 学・上野徳美・山本義史・田中宏二. (1996). 友人のサポート供与がストレス反応に及ぼす効果. *実験社会心理学研究*, 36 (1), 32-41.
- Stein, C.H.・Bush, E.G.・Ross, R.R.・& Ward, M. (1992). Mine, yours and ours : A configural analysis of the networks of married couples in relation to marital satisfaction and individual well-being. *Journal of Social and Personal*

Relationships,9,365-384.

竹田小百合・岩立京子．(1999)．ソーシャル・サポートが育児ストレスにおよぼす効果について：特定のサポート源の違いおよびサポートに対する必要度との関連から．*東京学芸大学紀要 第1部門 教育科学*,50,215-222.

寺見陽子・南 憲治．(2007)．育児ストレス因子と母親の属性及び背景との関連に関する調査研究（その1）：母親の育児ストレスとその規定因子について．*児童教育学研究*,26,202-223.

田中宏二・難波茂美．(1997)．育児ストレスにおけるソーシャル・サポート研究の概観．*岡山大学教育学部研究集録*,104,177-185.

田中宏二・田中共子・兵藤好美．(1996)．ソーシャル・サポート・ネットワークの介入研究の視点と方法論．*研究収録*,102,1-13.

内野里美．(2006)．障がいのある子どもの両親に対するソーシャル・サポート：夫婦間サポートと養育ストレスに及ぼす影響．*家族心理学研究*,20（1）,39-52.

山本理絵・神田直子．(2008)．家庭の経済的ゆとり感と育児不安・育児困難との関連：幼児の母親への質問紙調査の分析より．*小児保健研究*,67,63-71.

吉田三紀．(2004)．小児気管支喘息児を育てる母親のストレスとソーシャルサポート：臨床心理学的地域援助に向けて．*小児保健研究*,63（2）,230-238.

吉永茂美．(2007)．母親が期待するソーシャル・サポートの実態と育児ストレス，ストレス反応との関係：1～6歳児をもつ母親を対象に．*小児保健研究*,66（5）,675-681.

Informed assent of children in medical research: A comparison of official guidelines

Key words : informed consent, informed assent, child, medical research, guideline

医学研究に参加する子どものインフォームド・アセント： 倫理指針の国際比較

キーワード：インフォームド・コンセント，インフォームド・アセント，子ども，
医学研究，倫理指針

石 山 んづ美

INTRODUCTION

Large-scale and long-term birth cohort studies which aim to clarify the factors affecting health and growth of the children are carried out in the world. A national survey of “The Japan Environment & Children’s Study” is launched in 2011 by The Ministry of the Environment in Japan, which is a large-scale epidemiological study including 100,000 set of parents and children, in order to clarify the effect of the environmental risks to healthy growth and development of children.¹ Children participate this birth cohort study will be checked the health status from the time of fetus until 13 years-old student.

For healthy growth and development of children, various investigations were carried out until now. Medical research involving children is essential for advancing child health and wellbeing. Often it is not sufficient, scientific, or ethical to carry out research with adults and apply the findings to children. This may be because: (1) The disease processes in children may differ from those in adults. Some childhood diseases have no close analogies in adults, therefore to understand these in any detail it is necessary to carry out research with children; (2) The physiology of children is different from that of adults, and the pharmacokinetics of many drugs will vary with the age of the child. Treatments designed specifically to meet the needs of children ensure that age-related differences in drug handling and/or effects are recognized, that the doses needed for efficacy are understood, and that any adverse effects can be avoided; (3) Many disorders can only be understood in the context of a child’s growth and development. Examples include changes in the visual system following early squint, or the way the developing brain adapts to

injury or damage in babies; (4) Children are not small adults. For the therapy to be effective, its delivery must suit their needs. Use of adult formulations is often not suitable, e.g., many children find it easier to swallow a liquid formulation than a tablet.

Research with children can also play a key part in increasing our understanding of some adult diseases that are thought to have their origins in early life. It enables the development of preventive intervention into the natural history of the disease. The findings of research involving children can therefore also be relevant for adults.

While we have a responsibility to protect children, we also have an ethical obligation to ensure that they receive the best treatment. Like adults, they should be given the opportunity to benefit from the results of successful research. Children should therefore have the opportunity to participate while, of course, being protected from any hazards that involvement in the research project might bring.²

The views of the child concerning the participation in the study must be given due weight in accordance with the age and maturity of the child. While the rule of informed consent/assent of children who participating in medical research is not sufficiently provided in Japan.

In research with adults, the term informed consent is used to describe a state of a competent individual, having been fully informed about the nature, benefits and risks of a medical research, agrees to their own participation. The term informed assent describes the process that minors may agree to participate in medical researches. It is similar to the process of informed consent in adult medical research. However there remains some overlap and differences between the terms.

This paper intended to clarify the present state of the informed consent/assent of the children in Japan and other countries, for future development of the scale concerning consent/assent of minors.

METHODS

1. Principles of informed consent/assent of children were examined in the light of Convention on the Rights of the Child, and General Comment by United Nations Committee on the Rights of the Child.
2. Definitions of informed assent were extracted from existing official guidance regarding children's participation in medical research, in UK, USA, Europe, international, and Japan.
3. Competent age of informed consent/assent was compared and discussed on the ground of existing official guidance in UK, USA, Europe, international, and Japan.

RESULTS

1. Relation of the right of the child and informed consent/assent

(1) Child rights in early childhood: description in General Comment No.7

United Nations Committee on the Rights of the Child General Comment No.7 defines infants as social actors, and early childhood as a critical period for the realization of all rights enshrined in the Convention on the Rights of the Child. In this comment, respect for the views and feelings of the young child is described. Article 12 states that the child has a right to express his or her views freely in all matters affecting the child, and to have them taken into account.

Convention on the Rights of the Child Article 12
1. States Parties shall assure to the child who is capable of forming his or her own views the right to express those views freely in all matters affecting the child, the views of the child being given due weight in accordance with the age and maturity of the child.
2. For this purpose, the child shall in particular be provided the opportunity to be heard in any judicial and administrative proceedings affecting the child, either directly, or through a representative or an appropriate body, in a manner consistent with the procedural rules of national law. ³

This right reinforces the status of the young child as an active participant in the promotion, protection and monitoring of their rights. Respect for the young child's agency - as a participant in family, community and society - is frequently overlooked, or rejected as inappropriate on the grounds of age and immaturity. In many countries and regions, traditional beliefs have emphasized young children's need for training and socialization. They have been regarded as undeveloped, lacking even basic capacities for understanding, communicating and making choices. They have been powerless within their families, and often voiceless and invisible within society. The Committee wishes to emphasize that article 12 applies both to younger and to older children. As holders of rights, even the youngest children are entitled to express their views, which should be "given due weight in accordance with the age and maturity of the child" (art. 12.1). Young children are acutely sensitive to their surroundings and very rapidly acquire understanding of the people, places and routines in their lives, along with awareness of their own unique identity. They make choices and communicate their feelings, ideas and wishes in numerous ways, long before they are able to communicate through the conventions of spoken or written language.

In this regard: (a) The Committee encourages States Parties to take all appropriate measures to ensure that the concept of the child as rights holder with freedom to

express views and the right to be consulted in matters that affect him or her is implemented from the earliest stage in ways appropriate to the child's capacities, best interests, and rights to protection from harmful experiences; (b) The right to express views and feelings should be anchored in the child's daily life at home (including, when applicable, the extended family) and in his or her community; within the full range of early childhood health care and education facilities, as well as in legal proceedings; and in the development of policies and services, including through research and consultations; (c) States Parties should take all appropriate measures to promote the active involvement of parents, professionals and responsible authorities in the creation of opportunities for young children to progressively exercise their rights within their everyday activities in all relevant settings, including by providing training in the necessary skills. To achieve the right of participation requires adults to adopt a child-centered attitude, listening to young children and respecting their dignity and their individual points of view. It also requires adults to show patience and creativity by adapting their expectations to a young child's interests, levels of understanding and preferred ways of communicating.⁴

(2) The right of the child to be heard: description in General Comment No.12

United Nations Committee on the Rights of the Child General Comment No.12 set forth that the views of the child must be given due weight in accordance with the age and maturity of the child. Article 12 of the Convention is a unique provision in a human rights treaty; it addresses the legal and social status of children, who, on the one hand lack the full autonomy of adults but, on the other, are subjects of rights. Paragraph 1 assures, to every child capable of forming his or her own views, the right to express those views freely in all matters affecting the child, the views of the child being given due weight in accordance with age and maturity. Paragraph 2 states, in particular, that the child shall be afforded the right to be heard in any judicial or administrative proceedings affecting him or her. The right of all children to be heard and taken seriously constitutes one of the fundamental values of the Convention. The Committee has identified article 12 as one of the four general principles of the Convention, the others being the right to non-discrimination, the right to life and development, and the primary consideration of the child's best interests, which highlights the fact that this article establishes not only a right in itself, but should also be considered in the interpretation and implementation of all other rights. Since the adoption of the Convention in 1989, considerable progress has been achieved at the local, national, regional and global levels in the development of legislation, policies and methodologies to promote the implementation of article 12. A widespread practice has emerged in recent years, which has been broadly conceptualized as "participation", although this term does not appear in the text of article 12. This term has evolved and is now widely

used to describe ongoing processes, which include information-sharing and dialogue between children and adults based on mutual respect, and in which children can learn how their views and those of adults are taken into account and shape the outcome of such processes.

The views of the child must be “given due weight in accordance with the age and maturity of the child”. This clause refers to the capacity of the child, which has to be assessed in order to give due weight to her or his views, or to communicate to the child the way in which those views have influenced the outcome of the process. Article 12 stipulates that simply listening to the child is insufficient; the views of the child have to be seriously considered when the child is capable of forming her or his own views.

By requiring that due weight be given in accordance with age and maturity, article 12 makes it clear that age alone cannot determine the significance of a child’s views. Children’s levels of understanding are not uniformly linked to their biological age. Research has shown that information, experience, environment, social and cultural expectations, and levels of support all contribute to the development of a child’s capacities to form a view. For this reason, the views of the child have to be assessed on a case-by-case examination. Maturity refers to the ability to understand and assess the implications of a particular matter, and must therefore be considered when determining the individual capacity of a child. Maturity is difficult to define; in the context of article 12, it is the capacity of a child to express her or his views on issues in a reasonable and independent manner. The impact of the matter on the child must also be taken into consideration. The greater the impact of the outcome on the life of the child, the more relevant the appropriate assessment of the maturity of that child.⁵

(3) The implementation of the right in health care: description in General Comment No.12

The realization of the provisions of the Convention requires respect for the child’s right to express his or her views and to participate in promoting the healthy development and well-being of children. This applies to individual health-care decisions, as well as to children’s involvement in the development of health policy and services.

Children, including young children, should be included in decision-making processes, in a manner consistent with their evolving capacities. They should be provided with information about proposed treatments and their effects and outcomes, including in formats appropriate and accessible to children with disabilities. States Parties need to introduce legislation or regulations to ensure that children have access to confidential medical counseling and advice without parental consent, irrespective of the child’s age, where this is needed for the child’s safety or well-being. Children may need such access, for example, where they are experiencing violence or abuse at home, or in need of reproductive health education or services, or in case of conflicts between parents and the child over access to health services. The right to counseling and advice is distinct from

the right to give medical consent and should not be subject to any age limit. The Committee welcomes the introduction in some countries of a fixed age at which the right to consent transfers to the child, and encourages States Parties to give consideration to the introduction of such legislation. Thus, children above that age have an entitlement to give consent without the requirement for any individual professional assessment of capacity after consultation with an independent and competent expert. However, the Committee strongly recommends that States Parties ensure that, where a younger child can demonstrate capacity to express an informed view on her or his treatment, this view is given due weight.

Physicians and health-care facilities should provide clear and accessible information to children on their rights concerning their participation in pediatric research and clinical trials. They have to be informed about the research, so that their informed consent can be obtained in addition to other procedural safeguards.

States Parties should also introduce measures enabling children to contribute their views and experiences to the planning and programming of services for their health and development. Their views should be sought on all aspects of health provision, including what services are needed, how and where they are best provided, discriminatory barriers to accessing services, quality and attitudes of health professionals, and how to promote children's capacities to take increasing levels of responsibility for their own health and development. This information can be obtained through, inter alia, feedback systems for children using services or involved in research and consultative processes, and can be transmitted to local or national children's councils or parliaments to develop standards and indicators of health services that respect the rights of the child.⁵

2. Definition of assent in medical research guidelines

(1) Research guideline: The World Medical Association, Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.

Jurisdiction: International

Declaration of Helsinki states principles for all medical research. For a potential research subject who is incompetent, the physician must seek informed consent from the legally authorized representative. These individuals must not be included in a research study that has no likelihood of benefit for them unless it is intended to promote the health of the population represented by the potential subject, the research cannot instead be performed with competent persons, and the research entails only minimal risk and minimal burden.

When a potential research subject who is deemed incompetent is able to give assent to decisions about participation in research, the physician must seek that assent in addition to the consent of the legally authorized representative. The potential subject's dissent

should be respected.⁶

(2) Research guideline: Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO), International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subject.

Jurisdiction: International

Assent of the child is described as follows. The willing cooperation of the child should be sought, after the child has been informed to the extent that the child's maturity and intelligence permit. The age at which a child becomes legally competent to give consent differs substantially from one jurisdiction to another; in some countries the "age of consent" established in their different provinces, states or other political subdivisions varies considerably. Often children who have not yet reached the legally established age of consent can understand the implications of informed consent and go through the necessary procedures; they can therefore knowingly agree to serve as research subjects. Such knowing agreement, sometimes referred to as assent, is insufficient to permit participation in research unless it is supplemented by the permission of a parent, a legal guardian or other duly authorized representative.

Some children, who are too immature to be able to give knowing agreement, or assent, may be able to register a 'deliberate objection', an expression of disapproval or refusal of a proposed procedure. The deliberate objection of an older child, for example, is to be distinguished from the behavior of an infant, who is likely to cry or withdraw in response to almost any stimulus. Older children, who are more capable of giving assent, should be selected before younger children or infants, unless there are valid scientific reasons related to age for involving younger children first.

A deliberate objection by a child to taking part in research should always be respected even if the parents have given permission, unless the child needs treatment that is not available outside the context of research, the investigational intervention shows promise of therapeutic benefit, and there is no acceptable alternative therapy. In such a case, particularly if the child is very young or immature, a parent or guardian may override the child's objections. If the child is older and more nearly capable of independent informed consent, the investigator should seek the specific approval or clearance of the scientific and ethical review committees for initiating or continuing with the investigational treatment. If child subjects become capable of independent informed consent during the research, their informed consent to continued participation should be sought and their decision respected.

A child with a likely fatal illness may object or refuse assent to continuation of a burdensome or distressing intervention. In such circumstances parents may press an investigator to persist with an investigational intervention against the child's wishes. The investigator may agree to do so if the intervention shows promise of preserving or

prolonging life and there is no acceptable alternative treatment. In such cases, the investigator should seek the specific approval or clearance of the ethical review committee before agreeing to override the wishes of the child.⁷

(3) Research guideline: MRC Ethics Guide: Medical research involving children.

Jurisdiction: UK

In Glossary, assent is explained as a child's affirmative agreement to participate. Failure to object should not be construed as assent.

This guideline describes assessing the competence of a child to consent. While normally increasing with age, competence is considered not to depend primarily on age, but rather on the ability to understand and weigh up options. It can be influenced by the way information is presented – many children will be competent if information is presented in an appropriate way and they are supported through the decision-making process. The Central Office for Research Ethics Committees (COREC) provides a useful template for designing patient information sheets and seeking assent/consent from children and young people. A child's ability to consent develops as he or she learns to make increasingly complex and serious decisions, which can be experience and/or age-related.

Children unable to consent to involvement, and parental consent is discussed. If the child is deemed incompetent to consent to participate in research, then he or she should normally not participate without the consent of a person with parental responsibility. A person with parental responsibility may legally consent to treatment on an incompetent child's behalf. If the child is able to give assent to decisions about participation in research, the investigator must obtain that assent in addition to the consent of the legally authorised representative. If the child does not assent, this should be respected.²

(4) Research guideline: Department of Health and Human Services, National Institutes of Health Office for Protection from Research Risks, Code of Federal Regulations Title 45 Public Welfare, Part 46 Protection of Human Subjects.

Jurisdiction: USA

In Subpart D, Additional Protections for Children Involved as Subjects in Research, assent is defined as follows.

Assent means a child's affirmative agreement, to participate in research. Mere failure to object should not, absent affirmative agreement, be construed as consent.⁸

(5) Research guideline: American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics Pediatrics, Informed Consent, Parental Permission, and Assent in Pediatric Practice.

Jurisdiction: USA

Committee on Bioethics Pediatrics states responsibility for children shared with parental permission. Decision-making involving the health care of young patients should flow from responsibility shared by physicians and parents. Practitioners should seek the

informed permission of parents before medical interventions (except in emergencies when parents cannot be contacted). The informed permission of parents includes all of the elements of standard informed consent.

Usually, parental permission articulates what most agree represents the “best interests of the child.” However, the Academy acknowledges that this standard of decision-making does not always prove easy to define. In a pluralistic society, one can find many religious, social, cultural, and philosophic positions on what constitutes acceptable child rearing and child welfare. The law generally provides parents with wide discretionary authority in raising their children. Nonetheless, the need for child abuse and neglect laws and procedures makes it clear that parents sometimes breach their obligations toward their children. Providers of care and services to children have to carefully justify the invasion of privacy and psychological disruption that come with taking legal steps to override parental prerogatives.

The development of the child as person and the concept of assent is mentioned as follows. Decision-making involving the health care of older children and adolescents should include, to the greatest extent feasible, the assent of the patient as well as the participation of the parents and the physician. Pediatricians should not necessarily treat children as rational, autonomous decision makers, but they should give serious consideration to each patient’s developing capacities for participating in decision-making, including nationality and autonomy. If physicians recognize the importance of assent, they empower children to the extent of their capacity. Even in situations in which one should not and does not solicit the agreement or opinion of patients, involving them in discussions about their health care may foster trust and a better physician-patient relationship, and perhaps improve long-term health outcomes.

Assent should include at least the following elements: 1) Helping the patient achieve a developmentally appropriate awareness of the nature of his or her condition. 2) Telling the patient what he or she can expect with tests and treatment(s). 3) Making a clinical assessment of the patient’s understanding of the situation and the factors influencing how he or she is responding (including whether there is inappropriate pressure to accept testing or therapy). 4) Soliciting an expression of the patient’s willingness to accept the proposed care. Regarding this final point, we note that no one should solicit a patient’s views without intending to weigh them seriously. In situations in which the patient will have to receive medical care despite his or her objection, the patient should be told that fact and should not be deceived.

As children develop, they should gradually become the primary guardians of personal health and the primary partners in medical decision-making, assuming responsibility from their parents. Just as is the case with informed consent, the emphasis on obtaining assent should be on the interactive process in which information and values are shared

and joint decisions are made. The Academy does not in any way recommend the development of new bureaucratic mechanisms, such as “assent forms,” which could never substitute for the relational aspects of consent or assent.

A re-analysis of informed consent leads to the identification of important limitations and problems in its application to pediatric practice. Two additional concepts are needed: parental permission and patient assent. The American Academy of Pediatrics believes that in most cases, physicians have an ethical (and legal) obligation to obtain parental permission to undertaken recommended medical interventions. In many circumstances, physicians should also solicit a patient assent when developmentally appropriate. In cases involving emancipated or mature minors with adequate decision-making capacity, or when otherwise permitted by law, physicians should seek informed consent directly from patients.⁹

(6) Research guideline: Working Group of the Confederation of European Specialists in Pediatrics (CESP), Informed consent/assent children: Statement of the Ethics Working Group of the Confederation of European Specialists in Pediatrics.

Jurisdiction: European

Informed consent means approval of the legal representative of the child and/or of the competent child for medical interventions following appropriate information. National legal regulations differ in regard to the question when a child has the full right to give his or her autonomous consent. Informed assent means a child’s agreement to medical procedures in circumstances where he or she is not legally authorized or lacks sufficient understanding for giving consent competently. Doctors should carefully listen to the opinion and wishes of children who are not able to give full consent and should strive to obtain their assent. Doctors have the responsibility to determine the ability and competence of the child for giving his or her consent or assent. All children, even those not judged as competent, have a right to receive information given in a way that they can understand and give their assent or dissent. This consent/assent process must promote and protect the dignity, privacy and confidentiality of the child and his or her family. Consent or assent is required for all aspects of medical care, for preventive, diagnostic or therapeutic measures and research. Children may effectively refuse treatment or procedures which are not necessary to save their lives or prevent serious harm. Where treatment is necessary to save a life or prevent serious harm, the doctor has the duty to act in the best interest of the child. However, parents may also refuse to consent and in this case national laws and legal mechanisms for resolving disputes may be used.

Consent may be written or verbal. Written consent provides some kind of record that the procedure has been discussed but may have no more legal force in some countries than verbal consent. Nevertheless, it is essential to provide a written account of the information which is being given to obtain consent. Assent may be given verbally.¹⁰

(7) Research guideline: Ministry of Health, Labour and Welfare, Guidance on Clinical Investigation of Medicinal Products in the Paediatric Population.

Jurisdiction: Japan

In the guidance, assent is defined that agreement from a pediatric participant in medical research not to receive legal regulation (age of assent to be determined by Institutional Review Board (IRB)/ Independent Ethics Committee (IEC) or be consistent with local legal requirements).¹¹

3. Competent age of informed consent/assent for children in medical research guidelines

(1) Research guideline: Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO), International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subject.

Jurisdiction: International

The investigator must obtain the permission of a parent or guardian in accordance with local laws or established procedures. It may be assumed that children over the age of 12 or 13 years are usually capable of understanding what is necessary to give adequately informed consent, but their consent (assent) should normally be complemented by the permission of a parent or guardian, even when local law does not require such permission. Even when the law requires parental permission, however, the assent of the child must be obtained.

In some jurisdictions, some individuals who are below the general age of consent are regarded as “emancipated” or “mature” minors and are authorized to consent without the agreement or even the awareness of their parents or guardians. They may be married or pregnant or be already parents or living independently.⁷

(2) Research guideline: MRC Ethics Guide: Medical research involving children.

Jurisdiction: UK

Provision in law for children to consent in England, Wales and Northern Ireland is as follows. Where the Clinical Trial Regulations apply, a minor is defined as someone under the age of 16. Where the common law applies – all situations not covered by the Regulations – the law states that the age of majority is 18. Whilst not considered to have fully reached adulthood, young people between the age of 16 and 18 are presumed to be competent to give consent. No statute governs the rights of those under the age of 16 to give consent for medical treatment or research. However, case law provides the example of the Gillick case with respect to treatment.¹² This case determined that where a young person has sufficient understanding and intelligence to understand fully what is proposed, and use and weigh this information in reaching a decision, he or she can give consent to treatment and consent from parents is not legally necessary – although parental involvement should always be encouraged. The term “Gillick competent” is used

to describe a young person's ability to make a decision regarding consent. In the absence of case law dealing specifically with research, the Gillick principles might reasonably be applied here, although the threshold for understanding will vary according to the complexity of the research. However there is continuing uncertainty about the application of these principles to research in general and, in the case of law covered by the Clinical Trials Regulations, it will be those Regulations that apply and not the Gillick case law.

As in England, Wales and Northern Ireland, where the Clinical Trials Regulations apply, a minor is defined as someone under the age of 16. Also as in England, Wales and Northern Ireland, in Scotland a person reaches majority at the age of 18. However, Scottish statute makes legal provision for young people, where they are considered to be competent, to consent to medical procedures or treatment. Under Scottish statute young people aged 16 and above are presumed to be competent to give consent until proven otherwise, having legal capacity to enter into any transaction, which includes "...the giving by a person of any consent having legal effect." Young people under the age of 16 can also give legally binding consent to participate in medical research as long as they are believed by the medical practitioner to be competent: "...a person under the age of 16 years shall have legal capacity to consent on his own behalf to any surgical, medical or dental procedure or treatment where in the opinion of a qualified medical practitioner attending him, he is capable of understanding the nature and possible consequences of the procedure or treatment." Interpretation of Scottish law has been that a young person's competency allows them to refuse as well as consent to treatment.

It is not entirely clear whether this Scottish statute covers consent to participate in research, but as discussed above, in the absence of law dealing specifically with research, the principles of Scottish law relating to consent to procedures and treatment might reasonably be applied. At the same time, it is vital to recognize that the threshold for understanding will relate to the complexity of the research being undertaken.²

(3) Research guideline: American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics Pediatrics, Informed Consent, Parental Permission, and Assent in Pediatric Practice.

Jurisdiction: USA

In cases involving the following kinds of medical care for older school-age children, the Academy encourages physicians to seek the assent of the patient as well as the informed permission of the parents: 1) Venipuncture for a diagnostic study in a 9 year-old; 2) Diagnostic testing for recurrent abdominal pain in a 10 year-old; 3) Psychotropic medication to control an attention-deficit disorder in a third grader; 4) An orthopedic device to manage scoliosis in an 11 year-old; 5) An "alarm" system to treat nocturnal enuresis in an 8 year-old; on 6) Surgical repair of a malformed ear in a 12 year-old. In some cases, treatment may proceed over the objection of the patient. However,

physicians and parents should realize that overruling the child may undermine their relationship(s) with the child.

In situations such as the following that involve adolescents and young adults, the Academy encourages physicians to obtain the informed consent of the patient, in most instances: 1) Performance of a pelvic examination in a 16 year-old; 2) Diagnostic evaluation of recurrent headache in an 18 year-old; 3) A request for oral contraceptives for fertility control in a 17 year-old; 4) Proposed long-term oral antibiotics administration for severe acne in a 15 year-old; or 5) Surgical intervention for a bone tumor in a 19 year-old. Such patients frequently have decision-making capacity and the legal authority to accept or reject interventions, and, in that event, no additional requirement to obtain parental permission exists. However, the Academy encourages parental involvement in such cases, as appropriate. Review of the limited relevant empirical data suggests that adolescents, especially those ages 14 and older, may have as well developed decisional skills as adults for making informed health care decisions.⁹

(4) Research guideline: The Committee on Drugs and Committee on Pediatric Research, Guidelines for the Ethical Conduct of Studies to Evaluate Drugs in Pediatric Populations.

Jurisdiction: USA

This guideline defined assent of the child and age of assent as follows. According to federal regulations, assent is defined as a child's affirmative agreement to participate in research, and further clarification is given that "mere failure to object should not, absent affirmative agreement, be construed as assent." Federal regulations do not specify an age at which assent ought to be possible. The AAP recommends that active agreement by a minor (not qualified to give consent) to participate in a research study generally applies to children who have reached an intellectual age of at least 7 years. More recently, it was suggested that assent is generally applicable to developmentally normal children between 8 and 14 years of age. It is up to the IRB to determine if children are capable of assent. Regulations state that adequate provisions are needed for soliciting assent when the child is capable, but little guidance exists to determine this capacity other than evaluating the child's age, maturity, and psychological state; as a practical matter, many IRBs require assent for children older than 7 years. The IRB can waive the requirement for child assent if the capability of some or all of the children is so limited that they cannot reasonably be consulted, if the intervention or procedure involved in the research holds out the prospect of direct benefit to the health or well-being of the children and is available only in the context of the research, or if the research meets the same conditions as those for waiver or alteration of informed consent in research involving adults. For example, this waiver could be used in research with infants, children with illnesses that require mechanical ventilation, or children with severe developmental delay.

Generally, adolescents are considered to be between 12 and 18 years of age

(dependent on region). When obtaining assent from older adolescents, it is reasonable to assume that an adequate assent process would be viewed the same as the informed consent process for adults, although parental permission is still required.¹³

(5) Research guideline: European Medicines Agency, Note for Guidance on Clinical Investigation of Medicinal Products in the Paediatric Population.

Jurisdiction: European

This guideline described consent and assent as follows. As a rule, a pediatric subject is legally unable to provide informed consent. Therefore pediatric study participants are dependent on their parent(s)/legal guardian to assume responsibility for their participation in clinical studies. Fully informed consent should be obtained from the legal guardian in accordance with regional laws or regulations. All participants should be informed to the fullest extent possible about the study in language and terms they are able to understand. Where appropriate, participants should assent to enroll in a study (age of assent to be determined by IRB's/IEC's or be consistent with local legal requirements). Participants of appropriate intellectual maturity should personally sign and date either a separately designed, written assent form or the written informed consent. In all cases, participants should be made aware of their rights to decline to participate or to withdraw from the study at any time. Attention should be paid to signs of undue distress in patients who are unable to clearly articulate their distress. Although a participant's wish to withdraw from a study must be respected, there may be circumstances in therapeutic studies for serious or life-threatening diseases in which, in the opinion of the investigator and parent(s)/legal guardian, the welfare of a pediatric patient would be jeopardized by his or her failing to participate in the study. In this situation, continued parental (legal guardian) consent should be sufficient to allow participation in the study. Emancipated or mature minors (defined by local laws) may be capable of giving autonomous consent.¹⁴

4. Informed consent/assent in Japanese guidelines of medical research

Japanese official guidelines which define consent/assent of children involved in medical research are as follows.

- (1) Ethics Guidelines for Human Genome/Gene Analysis Research. Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology; Ministry of Health, Labour and Welfare; Ministry of Economy, Trade and Industry 2001; revision 2004; 2005; 2008.
- (2) Ethical Guidelines for Epidemiological Research. Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology; Ministry of Health, Labour and Welfare 2002; revision 2004; 2005; 2007; 2008.
- (3) Ethical Guidelines for Clinical Research. Ministry of Health, Labour and Welfare 2003; revision 2004; 2008.

- (4) Guidelines for Genetic Tests and Diagnoses in Medical Practice. The Japanese Association of Medical Sciences 2011.
- (5) Guidance on Clinical Investigation of Medicinal Products in the Paediatric Population. Ministry of Health, Labour and Welfare 2000.
- (6) Guidance on Clinical Investigation of Medicinal Products in the Paediatric Population Q&A. Ministry of Health, Labour and Welfare 2001.

Guidelines (1) and (3) indicate the age to seek informed consent of children. In the case when the donor is a minor, a research director shall still give adequate explanation to the donor in plain language and shall endeavor to gain their understanding. When the donor is a minor aged 16 years or older, the research director shall obtain informed consent from the donor and the proxy consentor.^{15, 17}

Guidelines (2) describe explanations and consent for growing children. When the research subject is a minor (excluding cases where the research subject is aged 16 years or older, and where the ethics review committee has authorized and the director of the organization conducting research has approved that the research subject is able to provide effective informed consent); provided, however, that, even in this case, the research director shall provide an adequate explanation to the research subject in simple and plain language, and shall endeavor to gain their understanding. Furthermore, in cases where the research subject is under the age of 16 years and research has commenced with informed consent provided by a proxy consentor, if the research will be continued after the research subject reaches 16 years of age, in principle, informed consent shall again be obtained from the research subject in question at the time he/she turns 16 years of age and it can be objectively determined that he/she is capable of giving effective informed consent.¹⁶

Guidelines (4) define genetic testing for a minor, or a person incapable of his/her own autonomous decision-making. In the case of genetic testing of a disease that has developed in a minor or a person lacking the ability to make his/her own autonomous decision, it is necessary to obtain the consent of an individual standing as a surrogate representative. In this case, the surrogate should decide after a thoughtful consideration of the examinee's beneficence in his/her health care. It is desirable to obtain an assent from the examinee after giving the explanation of the test at a level corresponding to the patient's ability.¹⁸

Guidance (5) explores the rule of assent. As a rule, a pediatric subject is legally unable to provide informed consent. Therefore pediatric study participants are dependent on their parent(s)/legal guardian to assume responsibility for their participation in clinical studies. Fully informed consent should be obtained from the legal guardian in accordance with regional laws or regulations. All participants should be informed to the fullest extent possible about the study in language and terms they are able to understand.

Where appropriate, participants should assent to enroll in a study (age of assent to be determined by IRB's/IEC's or be consistent with local legal requirements). Participants of appropriate intellectual maturity should personally sign and date either a separately designed, written assent form or the written informed consent. In all cases, participants should be made aware of their rights to decline to participate or to withdraw from the study at any time. Attention should be paid to signs of undue distress in patients who are unable to clearly articulate their distress. Although a participant's wish to withdraw from a study must be respected, there may be circumstances in therapeutic studies for serious or life-threatening diseases in which, in the opinion of the investigator and parent(s)/ legal guardian, the welfare of a pediatric patient would be jeopardized by his or her failing to participate in the study. In this situation, continued parental (legal guardian) consent should be sufficient to allow participation in the study. Emancipated or mature minors may be capable of giving autonomous consent.¹¹

Q&A of the guidance (6) presents the following table comparing consent and assent. Three notes of caution are added the table. 1) Pediatric study participants should personally sign and date, written assent form or the written informed consent. 2) It is recommended to personally sign and date written assent form for participants under junior high school students. When a signature from the participant is not provided or when the oral assent was provided without using a form, investigator should state that assent was provided from the participant in signed consent form from legal guardian.¹⁹

Table: Consent and Assent in pediatric study

	Object	Legal basis
Consent form	Proxy consentor (Legal guardian)	GCP [†] Ministerial Ordinance Article 50
Assent form	Pediatric study participant ¹⁾ (Generally applicable to a junior high school student or older)	No legal basis (IRB [‡] / Judgment of investigator)
Assent ²⁾	Pediatric study participant ²⁾ (Generally applicable to a 7 year-old or older)	No legal basis (IRB [‡] / Judgment of investigator)

[†] GCP: Good Clinical Practice for Trials on Medical Products²⁰

[‡] IRB: Institutional Review Board

Source: Guidance on Clinical Investigation of Medicinal Products in the Paediatric Population Q&A 2001 (in Japanese)¹⁹

DISCUSSION

Children, including young children, should be included in decision-making processes, in a manner consistent with their evolving capacities. They should be provided with information about proposed treatments and their effects and outcomes.

Researchers should provide clear and accessible information to children on their rights concerning their participation in medical research. They have to be informed about the research, so that their informed consent/assent can be obtained in addition to other procedural safeguards. The views of the child must be given due weight in accordance with the age and maturity of the child. When informing and seeking assent from young children, researchers must consider their interests, levels of understanding and preferred ways of communicating.

As children develop, they should gradually become the primary guardians of personal health and the primary partners in medical decision-making, assuming responsibility from their parents. Obtaining assent should be on the interactive process in which information and values are shared and joint decisions are made.⁹ From 1964, Declaration of Helsinki states principles for all medical research that when a potential research subject who is deemed incompetent is able to give assent to decisions about participation in research, the physician must seek that assent in addition to the consent of the legally authorized representative.⁶ Subsequent ethical guidelines for medical research indicate the informed consent/assent should be gained from children according to the maturity of the children. Where appropriate, participants should assent to enroll in a study (age of assent to be determined by IRB's/IEC's or be consistent with local legal requirements). Participants of appropriate intellectual maturity should personally sign and date either a separately designed, written assent form or the written informed consent.¹⁴

The American Academy of Pediatrics states that especially age 14 and older, may have as well developed decisional skills as adults for making informed health care decisions.⁹ Medical Research Council in UK declares that where the clinical trial regulations apply, a minor is defined as someone under the age of 16.² In Japan, guidelines indicate that when the donor is a minor aged 16 years or older, the research director shall obtain informed consent from both the donor and the proxy consentor.^{11, 16-18} The age at which a child becomes legally competent to give consent differs substantially from one jurisdiction to another.⁷

While normally increasing with age, competence is considered not to depend primarily on age, but rather on the ability to understand and weigh up options. It can be influenced by the way information is presented – many children will be competent if information is presented in an appropriate way and they are supported through the decision-making process. Tokyo Metropolitan Children's Medical Center provides a useful template for designing patient information sheets and seeking assent/consent from children and young people participating clinical trial.²¹

Assessing the competence of a child to consent/assent is a current issue for appropriate implementation of medical research involving children. Culture, society, and the historic background regarding child participation in medical study differ by nation. An eval-

uation method for competence of consent/assent might be needed to be developed in accord with Japanese culture.

CONCLUSION

For healthy growth and development of children, a large-scale birth cohort study is launched in Japan. Researchers should provide clear and accessible information to children on their rights concerning their participation in medical research. Declaration of Helsinki states principles for all medical research that when subject is able to give assent to decisions about participation in research, the physician must seek that assent in addition to the consent of the legally authorized representative. While normally increasing with age, competence is considered not to depend primarily on age, but rather on the ability to understand and weigh up options. It can be influenced by the way information is presented – many children will be competent if information is presented in an appropriate way and they are supported through the decision-making process. Assessing the competence of a child to consent/assent is a current issue for appropriate implementation of medical research involving children.

REFERENCES

1. Ministry of the Environment, The Japan Environment & Children's Study, (in Japanese) <http://www.env.go.jp/chemi/ceh/>
2. Medical Research Council (MRC), MRC Ethics Guide: Medical research involving children, MRC, London, UK, 2004; pp.7-8, 27-28, 41.
3. The United Nations (UN), Convention on the Rights of the Child, UN, New York, USA, 1989.
4. United Nations Committee on the Rights of the Child (UNCRC), General Comment No.7: Implementing child rights in early childhood, UNCRC, New York, USA, 2005; pp.6-7.
5. United Nations Committee on the Rights of the Child (UNCRC), General Comment No.12: The right of the child to be heard, UNCRC, New York, USA, 2009; pp.5, 11, 23-24.
6. The World Medical Association (WMA), Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, Adopted by the 18th WMA General Assembly, Helsinki, Finland 1964, revision 1975; 1983; 1989; 1996; 2000; 2002; 2004; 2008; p.4.
7. Council for International Organizations of Medical Sciences(CIOMS) in collaboration with the World Health Organization(WHO), International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subject, CIOMS in collaboration with WHO, Geneva, Switzerland, 2002; pp.47-48.

8. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health Office for Protection from Research Risks. Code of Federal Regulations Title 45 Public Welfare, Part 46 Protection of Human Subjects 1983; revision 2005 (Subpart D, Additional Protections for Children Involved as Subjects in Research).
9. American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics Pediatrics, Informed Consent, Parental Permission, and Assent in Pediatric Practice, *Pediatrics* 1995; 95: pp.314-317.
10. Working Group of the Confederation of European Specialists in Pediatrics (CESP), Informed consent/assent children. Statement of the Ethics Working Group of the Confederation of European Specialists in Pediatrics, *European Journal of Pediatrics* 2003; 162: pp.629-633.
11. Ministry of Health, Labour and Welfare, Guidance on Clinical Investigation of Medicinal Products in the Paediatric Population 2000. (in Japanese)
12. Great Britain. England. Court of Appeal, Civil Division, *Gillick v West Norfolk and Wisbech Area Health Authority*, *All England Law Reports* 1985; 1: pp.533-559.
13. Robert E. Shaddy, Scott C. Denne and The Committee on Drugs and Committee on Pediatric Research, Clinical Report—Guidelines for the Ethical Conduct of Studies to Evaluate Drugs in Pediatric Populations, *Pediatrics* 2010;125: pp.850–860.
14. European Medicines Agency (EMA), Note for Guidance on Clinical Investigation of Medicinal Products in the Paediatric Population, EMA, London, UK, 2001; p.12.
15. Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology; Ministry of Health, Labour and Welfare; Ministry of Economy, Trade and Industry, Ethics Guidelines for Human Genome/Gene Analysis Research 2001; revision 2004; 2005; 2008. (in Japanese)
16. Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology; Ministry of Health, Labour and Welfare, Ethical Guidelines for Epidemiological Research 2002; revision 2004; 2005; 2007; 2008. (in Japanese)
17. Ministry of Health, Labour and Welfare, Ethical Guidelines for Clinical Research 2003; revision 2004; 2008. (in Japanese)
18. The Japanese Association of Medical Sciences, Guidelines for Genetic Tests and Diagnoses in Medical Practice 2011. (in Japanese)
19. Ministry of Health, Labour and Welfare, Guidance on Clinical Investigation of Medicinal Products in the Paediatric Population Q&A 2001. (in Japanese)
20. Ministry of Health, Labour and Welfare, Ministerial Ordinance Article 50, Good Clinical Practice for Trials on Medical Products 1997. (in Japanese)
21. Tokyo Metropolitan Children's Medical Center, Note for informed assent form in clinical trial. (in Japanese) <http://www.byouin.metro.tokyo.jp/shouni/tiken/assent.html>

幼児の発達特性と砂場での遊び場面との関連性

キーワード：幼児の発達特性、砂遊び、言語発達

里 見 達 也

I. 研究の目的

粕谷（2007）によると、これまでの砂にかかわる幼児の遊び研究は、「目的や内容が決定されて活動が展開するのではなく、人的・物的環境における活動の展開過程の中で決定される」ことを見出している。しかし、「砂自体の特性に焦点をあて、そこでの遊びの独自性を見出そうとする」研究は少ないと指摘した上で、砂にかかわる幼児の遊びの生成過程や遊びの構造、現象様態について、事例をもとに検討している。その結果、砂にかかわる幼児の活動を理解しようとする時、保育者はとにかく幼児の性格やこれまでの時系列によるかかわりから遊びの意義を導き出そうとする傾向があることを指摘している。またそれとは別に、遊びの対象物と遊び手である幼児との間には、対象物に応じたそれぞれ独自の関係が生成されていくことから、水を介入させたり、砂の壁を作ったりすることで、幼児たち自身が主体的に砂の特性を利用した構成的な遊びに展開することができるとしている。

このように粕谷（2007）の研究から、砂にかかわる幼児の活動を理解する際には、幼児の性格や今までの遊び経歴から判断するのではなく、砂の特性を生かした道具などの活用方法を見ていく必要があることがうかがえる。

井戸・福田・吉田（2007）や笠間（2007）は、幼児の砂遊びを展開させるためには砂の特性に加え、砂場の物的・人的環境の広がり必要性もそれぞれ指摘している。

一方、箕輪（2007）は、ガーウェイがごっこ遊びにおいて述べている「プラン」「役割」「物（の見立て）」「状況設定」の性質を山作り遊びにも応用しながら、それぞれ次のように定義している。構成に必要な行為を計画することを「プラン」、1つのモノや複数のモノを作るために、必要な行為を分担した上で引き受けることを「役割」、構成したモノ、もしくは構成しようとしているモノに対し、他のモノの名前を命名し、意味づけようとするを「物（の見立て）」、砂の変化によって誘引された見立てが、そのまま状況として設定されることを「状況設定」として、それぞれ分析している（Table 1 参照）。

さらに箕輪（2007）は砂場における山作り遊びの様子を各年齢層に分けてその特徴を整理している。3歳児クラスの子どもたちは、他児や自分が起こした砂の変化及び偶然起きた砂の変化を、身体感覚を通して十分に経験していくことが分かった。4歳児クラスの子どもたちは、不安ながらも仲間と1つの対象を共有し、山作りに必要な行為をバ

Table 1 プラン・役割・物（見立て）・状況設定の性質（箕輪，2007）

プラン	構成に必要な行為から成り立っている。「構成のプラン」と呼ぶ。山作りにおける「構成のプラン」は「山作りのプラン」と呼ぶことになる。
役割	1つのモノや複数のモノを作るために、必要な行為を分担した上で、引き受けること。「作業を行う者としての役割」と呼ぶ。
物（見立て）	構成したモノ、もしくは構成しようとしているモノに対し、他のモノの名前を命名し、意味を付与すること。変化した砂の状態に類似したモノを思いつくことで行う見立てと、構成の最終的な目標として行う見立てがある。本研究では、見立てが行われているかは、言葉によって命名されているかによって判断する。
状況設定	砂の変化によって誘引された見立てが、そのまま状況として設定されること（例：穴を「海」に見立てることで、その場一帯を「海」としてふるまう）。

ランスよく行ったり、行為に応じた道具を選択したりしながら、意図的に山を作り上げるように、トンネルを掘ったりしている様子がみられた。5歳児のクラスの子どもたちは、仲間と1つの対象を安定して共有し続け、変化する山の様子を見ながら基本的な行為をバランスよく行うだけでなく、行為や操作に応じた道具や砂の選択も行っている様子を観察している。また、3歳児クラスと4歳児クラスの子どもたちの山作りは、山作りに必要な行為を十分に学んでいなかったり、自分たちでテーマを明確にすることができなかつたりするために、幼児どうしで遊びを続けることができず、保育者の介入が必要であると指摘している。5歳児のクラスの子どもたちは、保育者が介入のもと、遊びを継続し、新たな展開を模索することができることから、砂に対する知識や技術を豊かにし、さらに仲間との砂遊びも豊かなものにしていくと述べている。一方遊びの性質では、「プラン」について、時間経過に伴う遊びの展開や行為の仕方、道具や砂の選択などが年齢によって異なっているとしている。また「役割」についても、役割分担や幼児どうしの協力の仕方が年齢によって異なることを指摘している。「物（の見立て）」については、構成した結果が見立てを誘引する可能性を含むとともに、複数の構成物が存在する時には、ある構成物に対して行った見立てが他の構成物を見立てを誘引することが明らかになったとしている。「状況設定」では、構成物どうしが関連を持ちやすいため、状況設定も複数の構成物一帯に行うことが明らかになったとしている。可変性を持つ砂を用いる砂遊びは、砂という素材の性質を知ること、より複雑な遊びの展開や仲間とのやり取りに必要で、他の遊び以上に経験を要する遊びであると述べている。

このように箕輪（2007）の研究からは、ガーウェイのごっこ遊びでの定義から砂遊び特有の「プラン」「役割」「物（の見立て）」「状況設定」を定義し、年齢ごとに検証したことで、砂遊びの展開や仲間とのやり取りも複雑化する様子から砂遊びは他の遊び以上に幼児の発達特性に即した遊びであることがわかる。

しかし、性別によって砂遊びの展開や仲間とのやり取りについては明らかにされていない。

また、山作りは遊びの展開過程がよく観察でき、保育者の関わりにより新たな展開や

持続性に影響がみられることから、幼児どうしの遊びの人間関係やモノへの関係性についてみていくことも指摘している。

里見（2008・2009）は、乳幼児期のあそび発達論をから現在のあそび指導への方向性を探っていくために、ヴィゴツキーを始め、他の遊び研究の歴史的背景を検証している。その結果、保育者としての関わりについて、現在の乳幼児が行っている遊びから次への段階へ移行するためには、ヴィゴツキーが提唱している最近接領域である「ちょっとがんばればできる」段階を想定し、その段階に向けた支援が必要であるとしている。

そこで本研究は、砂場で遊んでいる場面から、各年齢において性別や人数、持続時間に差異がみられるかを検証する。さらに、砂場で遊んでいる場面で最も典型的に遊びの展開過程が観察できる山作りの事例を性別に分けて取り上げ、幼児の発達特性と照らし合わせながら、Table 1 の箕輪（2007）の「プラン」「役割」「物（見立て）」「状況設定」の定義に沿って幼児どうしの遊びの人間関係や言語のさらなる発達を促すイメージ形成をもとにモノへの関係性からヴィゴツキーの最近接領域を考慮した保育者の関わりについて探っていくことにする。

Ⅱ．方 法

200X 年11月から200X 年 3 月の 5 か月間、3 歳児（44名）・4歳児（51名）・5 歳児（56名）の計151名が在園する Y 県私立 O 幼稚園庭にある砂場にて、自由遊びの時間帯（9：30～10：00）に砂場で遊んでいる様子を観察するとともに VTR で記録した。観察日数は 6 日間（合計 3 時間）である。この VTR 記録から、次の 2 つの視点で分析を行った。

1. 各年齢別における性別・人数・持続時間

観察した 6 日間（合計3時間）の VTR から、砂場で遊んでいる場面での各年齢ののべ人数を整理した上で適合度の検定を行った。さらに、各年齢における性別や人数、持続時間について χ^2 検定及び残差分析を試みた。

2. 山作りの展開過程の事例

砂場での山作りの展開過程について、VTR から幼児の言動を性別に分けて時系列で整理するとともに、幼児の発達特性と照らし合わせながら、表 1 の箕輪（2007）の「プラン」「役割」「モノへの見立て」「状況設定」の性質ごとに分類した上で、幼児どうしの遊びの人間関係やモノへの関係性について考察し、その中での保育者の関わりについて検証する。

Ⅲ. 結 果

1. 各年齢別における性別・人数・持続時間

観察期間中に砂場を利用した幼児ののべ人数は、263名であった。その内訳は、3歳児73名（27.8%）、4歳児106名（40.3%）、5歳児84名（31.9%）であった。そこで、適合度の検定を行ったところ、有意差がみられることにより、園全体を反映していると想定した（ $p = 0.07 > \alpha = 0.05$ ）。その中で、最も多く砂場で遊んでいる年齢層は4歳児であった。

さらに、各年齢別の砂遊びに性別の差があるかどうかについて χ^2 検定を行ったところ、各年齢で有意差がみられた（ $p = 0.02 < \alpha = 0.05$ ）。そこで、残差分析を行ったところ、3歳児・5歳児は男児が多く、逆に4歳児は女児が多い傾向がみられた。

また、砂遊びを一緒に行う人数を整理したところ、1人が18名（6.4%）、2人以上が264人（93.6%）で、砂場では2人以上の集団で遊ぶ様子がみられた。各年齢別で砂遊びを一緒にする人数に差があるかどうか χ^2 検定を行ったところ、各年齢で有意差がみられた（ $p = 0.03 < \alpha = 0.05$ ）。そこで、残差分析を行ったところ、3歳児は1人遊びが多く、4・5歳児は2人以上の集団で遊ぶことが多い傾向がみられた。

さらに、遊びの持続時間を調べたところ、1分間から5分間以内が92名（32.6%）、6分間以上が190名（67.4%）で、ほとんどの幼児は砂遊びをその場で6分間以上展開していた様子が分かってきた。各年齢別で砂遊びをしている時間に差があるかどうか χ^2 検定を行ったところ、各年齢別で有意差がみられた（ $p = 0.01 < \alpha = 0.05$ ）。そこで、残差分析を行ったところ、3歳児は5分間以内と比較的短い時間で遊ぶことが多く、4・5歳児は6分間以上と比較的継続して遊び続ける傾向がみられた。

2. 山作りの展開過程の事例

期間中に観察された砂場での山作りの過程において、最も多かった4歳児を対象に、集団で遊んでいた人数の中でも特徴的な男児群3名と女児群3名のそれぞれの様子を調べた。

(1) 男児群の山作り過程

男児群3名の山作りは、A児主導で役割を決めず、3名とも同じようにスコップで土を盛ってより高い山を作っていく過程が観察された（Table 2参照）。

そこで、Table 1の箕輪（2007）の「プラン」「役割」「物（見立て）」「状況設定」の定義に沿って整理した。

①プラン：ややあり（山作りのプラン）

男児群3名の行為は、「積み上げる」という行為を続けることにより成り立っている。しかし、「固める」という行為はほとんどみられない。また、スコップを用いながらただ高く積み上げる行為を行っているため、先端が尖った山が完成する。また、A児・B児の様子を見た上で、C児は同じように「砂を掘り始める」行為を始めている。

②役割：なし

Table 2 男児群3名の山作りの展開過程

展開過程	A 児	B 児	C 児
準備	・スコップを持って砂場に移動	・スコップを持って砂場に移動	・スコップとバケツを持って砂場に移動
山作り開始	・「山を作ろうぜ」	・「大きいのな」	・「うん」
7回積み上げた後	・スコップで砂を掘りながら積み上げ始める	・A児の動きと同時に砂を掘り始める	・A児・B児の様子を見た上で、同じように砂を掘り始める
15回積み上げた後 (山作り終了)	・「もっともっと」と言いながら砂を積み上げていく ・「完成」といってスコップを放り投げる	・「すごいだろ？」と話を する ・A児の様子を見て同様にスコップを投げて「やったあ〜」と言う	・「先生、山高いよ」と話を する ・スコップを持ったまま、「先生、山できたよ」と話を する

※表記の例：→…影響を与えている言動の状況を示す

スコップを持って砂場に移動した際、A児が「山を作ろうぜ」の問いかけにC児は「うん」と答え、B児が「大きいのな」と応じているものの、それぞれが「スコップを持って積み上げていく」過程は一緒であるため、山作りを行う過程でお互いの役割分担は成立していない。

③物（見立て）：ややあり

砂を盛る行為が「山」になるという点では見立てを行っているとは言えるが、「もっともっと」や「すごいだろ？」とのことばかりで、それ以外へのモノの見立てには発展していない。

④状況設定：不明

「先生、高いよ」や「先生、できたよ」、「完成」など先生に向けたことばが多く、友だちどうしの会話が少ないため不明である。

(2) 女児群の山作り過程

女児群3名は、「私は山をつくる」「じゃあ、私は（土を）固める」「私はトンネルをつくる」など、山をつくる前にお互いの作業分担を確認している。その後も自分の役割を

Table 3 女児群3名の山作りの展開過程

展開過程	D 児	E 児	F 児
準備	・シャベルとバケツを持って砂場に移動	・スコップを持って砂場に移動	・スコップとペットボトルを持って砂場に移動
役割分担	・「お山を作ろうよ」 ・「私は山を作る」	・「いいよ」	・E 児と同時に「いいよ」 ・「じゃ、私は（土を）固める」
山作り開始	・「ようい、スタート」と言っ てシャベルで砂を掘りなが ら積み上げ始める	・「私はトンネルをつくる」	
5 回積み上げた直後		・D 児の様子を座って見 ている	・E 児と同様に D 児の様 子を座って見ている ・「固めるよ」と言っ て、ペットボトルから水 を垂らしながらスコッ プで積み上げた山を叩く
	・「うん」と言っ て掘るのをやめる		・「いいよ」と言っ て叩くのをやめる
23 回積み上げた後	・再び砂を積み 上げていく	・山を触りなが ら「あっ、固くな ってる」と言う ・「そろそろ、 トンネル掘って いい？」と D 児 に聞く	
山作り終了	・「いいよ」と 言っ て掘るのを止 める	・手でトンネル を掘り始める ・「トンネル完 成」	・D 児と一緒に「い いよ」と言う ・「やったあ」
	・「私たちの 山の完成」		

※表記の例：→…影響を与えている言動の状況を示す

守って、山を作る女児はシャベルを、土を固める女児はペットボトルとシャベルを、トンネルをつくる女児は手で穴を掘るなど、作業に必要なモノをそれぞれ活用しながら黙々と作業する過程が観察された（Table 3参照）。

そこで、Table 1の箕輪（2007）の「プラン」「役割」「物（見立て）」「状況設定」の定義に沿って整理した。

Table 4 プラン・役割・物（見立て）・状況設定の性質の分類比較表（箕輪，2007）

項目	具体的な内容	4 歳	
		男子群	女子群
プラン	構成に必要な行為から成り立っている。「構成のプラン」と呼ぶ。山作りにおける「構成のプラン」は「山作りのプラン」と呼ぶことになる。	△	○
役割	1つのモノや複数のモノを作るために、必要な行為を分担した上で、引き受けること。「作業を行う者としての役割」と呼ぶ。	×	○
物（見立て）	構成したモノ、もしくは構成しようとしているモノに対し、他のモノの名前を命名し、意味を付与すること。変化した砂の状態に類似したモノを思いつくことで行う見立てと、構成の最終的な目標として行う見立てがある。本研究では、見立てが行われているかは、言葉によって命名されているかによって判断する。	△	○
状況設定	砂の変化によって誘引された見立てが、そのまま状況として設定されること（例：穴を「海」に見立てることで、その場一帯を「海」としてふるまう）。	—	—

※表記の例：○…成立している状態

△…少しは成立している状態

×…成立していない状態

—…確認できない状態

①プラン：あり（山作りのプラン）

D 児の「積み上げる」という行為とともに F 児の「固める」という行為も加わり、山作りの基本を成している。また、「固める」行為の中に、「水を垂らして固める」という行為も選択している。さらに、E 児が随時、山の固さを自分で確かめながら「トンネル」を掘るタイミングを計るように、自分の行為を行う時期を他児の様子や山の状況を見て決めている。また、「山を作る→トンネルをつくる」の構成も作業を行いながら進めている。

②役割：あり

D 児が「山を作る」係、F 児が「固める」係、E 児が「トンネルを作る」係にそれぞれ話し合って役割を分担している。また、他児の様子に応じて声をかけ、相手を気遣う様子がみられた。

③物（見立て）：あり

E 児の「トンネルを作る」という発言から、山に掘った穴をトンネルに見立てていることが分かる。山を「作る」からトンネルを「掘る」という行為に移行し、「積んで」できる高い山から「掘る」ことでトンネルがある山へとイメージも変化してきている。

④状況設定：不明

「そろそろトンネルを掘ってもいい？」といった話合いはあるものの、当初から「トンネルのある山」という設定を行っているかどうかははっきりせず不明である。

なお、上記の男児群と女子群の山作りの過程における「プラン」「役割」「物（見立て）」「状況設定」の性質を分類して比較したものが Table 4 である。これによると、

男児群に比べ、女児群の方が、山作りの過程において遊びの性質を成していることがわかる。一方、山作りでできあがった山を比べてみると、男児の方が高い山ができあがっていたが、女児の方が左右対象できれいに固められ、また、トンネルをつくることで、形の工夫がみられた。

IV. 考察及び結論

1. 各年齢別における性別・人数・持続時間

観察期間中に最も多く砂場で遊んでいる年齢が4歳児であった。これは、4歳頃にみられる知覚の発達が影響していると思われる。行動を起こす前に頭の中で解決することを覚える時期で、同時に言語のさらなる発達を促すイメージ能力が形成され、子どもが出会う現実の範囲を広げていくこの時期にごっこ遊びが発展するといわれている。そのため、4歳児は砂場など殺風景な環境の中で、いかにイメージ形成を図っていくか体験する機会を自ら求めていくのではないかと考えられる。また、各年齢別で砂遊びをする際、性別や一緒に遊ぶ人数、持続時間に差がみられたことは、幼児の発達特性から考えることができよう。3歳児は行為をしながら自分で考える特性から、友だちと一緒に行動するというよりは自分で何でもしたがる傾向にある。しかし、うまくいかずにすぐ飽きてしまうことから、砂遊びでも一人で遊ぶことが多く、持続時間も5分間以内と短いという結果が出てきたと考えられる。

4歳児になると、集団を意識した遊びを好むようになる。さらに5歳児では、徐々に特定の小集団で遊びたいという願望が芽生え、衝動的な行動を抑制し、互いに譲り合う効果が現れる傾向にある。このことから、遊ぶ人数は2人以上の小集団が多くなり、持続時間も6分間以上と比較的長く遊び続けられるものと考えられる。

このように、幼児の発達特性が砂遊びに大きく影響していることが再確認できた。そのため、砂場で遊んでいる場面での保育者の関わりとしては、幼児の発達特性や性別を意識しながら、現在の状況から少しずつ遊ぶ人数や持続時間の設定を工夫することが必要であろう。

2. 山作りの展開過程の事例

今回、取り上げた4歳児の男児群と女児群での山作りの過程では、女児群の方がプランをしっかり立て、役割分担を随時行いながら、見立て遊びを展開する様子がみられた。これも幼児の発達特性が影響しているものと言えるだろう。4歳児の発達特性は、一般的に女児の方が精神面において早く成長しやすいこと、一方で運動能力の面では男児の方が発達しやすい傾向にあることがいわれている。そこで4歳児の発達特性について、砂遊び以外の活動の様子を観察してみた。その結果、担任の指示に対して、ほとんどの女児は1回の指示で動けるが、男児は2度目の指示で動く場面が多く見受けられた。一方、「運動」の時間では、運動担当の教師の指示に対する行動の移し方をみてみると、男児の方が早いことがうかがえた。また、跳び箱の活動では、女児に比べて男児の

方が飛び越える確率が高かった。このことから、4歳児の発達特性において、一般的な指示理解は女児の方が高いと思われるが、運動能力の面では、女児に比べ男児の方が発達していることがうかがえた。以上の点から、同年齢層の幼児であっても、男児と女児では、一つの遊びを行う過程で、友だちどうしの協力体制やモノの扱い方に差異がみられると考えられよう。

さらに、Table 1の箕輪（2007）の「プラン」「役割」「モノへの見立て」「状況設定」の定義から、幼児どうしの遊びの人間関係やモノへの関係性について考察しながら保育者の関わり方について検証する。女児群の砂を「積む」という行為から「固める」という行為の「プラン」ができていて、「山を作る」係、「山を固める」係、「トンネルを作る」係へと「役割」の発展につながったが、その反面、「プラン」構成が未熟な男児群は人間関係やモノへの関係の深まりは薄く、未発達と考えられる。

以上から、「プラン」を構成しながら遊びを展開することは、幼児どうしの遊びの人間関係も深まっていくと思われる。

また、「トンネルを作る」といった「モノへの見立て」は、今まで描いていたモノ固有のイメージを変化させることにもつながることが分かってきた。この点からも、砂場での遊びは、日常生活で経験したことを活かす場になるとともに、遊びの質を高めることにもつながるのではないかと考えられる。女児群の人間関係は安心して役割を任せられるという深まりを見せ、また見立てがしっかりできていてからモノへの関係性も発達していることが考えられよう。「状況設定」は、対象児の心の中には存在するのであろうが、今回の場面でははっきりしなかった。

このように、砂場での山作り場面における幼児どうしの人間関係は、「プラン」や「役割」から深まりを見せていく過程が今回の研究でわかってきた。また、モノへの関係性については、「役割」や「モノへの見立て」を検証することで、モノ固有のイメージが変化していく過程がみえてきた。さらに、「状況設定」がはっきりすることで幼児どうの人間関係やモノへの関係性が深まっていくのではないと思われる。

そのため、砂場での山作り場面における保育者の関わりとしては、「役割」や「モノへの見立て」が連想されるような「プラン」の設定を提案したり、遊んでいる過程で「状況設定」が確認できるような声かけを行ったりすることが必要であろう。

今後は、砂場で遊んでいる3歳児や5歳児の性別、または男児と女児が一緒になって活動している場面を観察し、4歳児との差異について検討していく。さらに、障害のある幼児が加わった際の場面についても観察し、保育者としてヴィゴツキーの最近接領域を考慮した支援の方法について探っていきたい。

謝 辞

本研究において観察に協力して下さった〇幼稚園の子どもたちをはじめ先生方に深謝いたします。

付 記

本研究は、日本応用教育心理学会第23回研究大会発表論文集（2008）に掲載されたデータの一部を再分析し、加筆・修正したものである。

引用文献

粕谷亘正（2007）砂にかかわる幼児の遊びの構造とその理解．保育学研究．第45巻第1号．日本保育学会，12-22．

井戸裕子・福田理恵・吉田耕子（2007）砂遊びと砂場環境（3）お互いのイメージを共有する．日本保育学会第61回大会発表論文集，567．

笠間浩幸（2007）乳幼児の遊び／砂場環境に関する研究．日本保育学会第61回大会発表論文集，293．

箕輪潤子（2007）砂場における山作り遊びの発達の検討．保育学研究．第45巻第1号，日本保育学会．42-53．

里見達也（2008）ロシアにおける遊びの発達論に関する研究．帝京学園短期大学研究紀要．第15号，9-18．

里見達也（2009）遊びの発達論に関する研究．帝京学園短期大学研究紀要．第16号，11-16．

生徒と乳幼児とその親との 循環型支援についての考察

キーワード：循環型支援、世代間交流、地域交流、親教育プログラム

吉 田 百加利

はじめに

現代社会の子育て家庭では、赤ちゃんに触れたことがないまま親になるケースや、他人との関係がうまく作れないケースが激増しているという。そのことが大人の子育て力の低下を招き子どもを取り巻く様々な問題を引き起こしている。

本研究では、数字で見る現代の親（特に母親）の子育て事情、世代間交流に関する本学学生へのアンケート調査、子どもから見た家族や家庭という視点から見えてくる課題を総合的にとらえ、その課題を世代間交流・循環型支援から検討していく可能性を探りたい。

数字で見る現代の子育て事情

内閣府の「平成24年度版子ども・子育て白書」によると、2010年の女性の平均初婚年齢は28.8歳、第1子出生時の母親の平均年齢は29.9歳で過去最高であった。30年前の1980年は、平均初婚年齢が25.2歳、第1子出生時の母親の平均年齢は26.4歳であったので、いずれも3.5歳程度あがり、確実にしかも急速に晩婚化が進んでいることがわかる。1990年から2008年に実施された世界180か国の女性の初婚年齢の平均の24.2歳と比較しても、日本女性の晩婚化は顕著である（国際日本データランキング・明治大学国際日本学部鈴木研究室）。晩婚化の理由は経済的背景、社会的背景等様々ではあるが、ある調査では「独身にとどまっている理由」に「結婚の必要性を感じない」「自由や気楽さを失いたくない」を選んだ女性が多くいた（公益財団法人 生命保険文化センター調べ）。晩婚化は「結婚できない」のではなく、「結婚をしない」ことを選んでいるといえる。また、晩婚化は必然的に少子化の要因の一つとなる。平成23年度の日本の合計特殊出生率は1.39であった。平成22年度は1.37で、平成17年度の1.26以降日本の合計特殊出生率は徐々にではあるが上昇している。しかし、本学が在る山梨県は、平成22年度が1.46であったのに、平成23年度は1.41と大きく落ち込んだ。少子化傾向に大きく歯止めがかかったとは言い難い状況である。

それでは、実際に子育てをしている親の状況はどうだろうか。はじめに「大阪レポー

ト」と「兵庫レポート」と呼ばれる2つの子育てに関する実態調査の比較を行いたい。「大阪レポート」は、1979年から1986年に大阪府から「大阪府保健問題研究会」に委託され大阪府で進められた調査結果をもとにまとめられた報告書であり、「兵庫レポート」は2002年から2004年に厚生労働科学研究（子ども家庭総合研究事業）の一環として兵庫県と大阪府で実施された調査結果をもとにまとめられた報告書である。それによると、「あなたは自分の子どもが生まれるまでに、他の小さな子どもさんに食べさせたり、おむつをかえたりした経験はありましたか」という質問に対し、1980年の段階ではそのような育児経験が「まったくない」という親は40%前後であったが、2003年の調査では56%と増加し、全体の半数以上になっている。「よくあった」という親は1980年で22%であったが、2003年では16%と減少している。「近所にふだん世間話をしたり、赤ちゃんの話をしたりする人はいますか」という質問に対しては、生後4か月の赤ちゃんをもつ親で、「いない」と答えたのは1980年で16%であったが、2003年では35%と2倍に増えた。同じ質問に、生後4か月から3歳半までの子を持つ親で「いない」と答えた割合の平均も、1980年の13%から2003年の26%と2倍に増えている。「育児でイライラすることは多いですか」の質問では、1980年に3歳半の子を持つ親の17%が「はい」と答えたのに対し、2003年では3歳の子を持つ親の46%強が「はい」と答えている。また、2004年のこども未来財団による3歳未満児の母親の意識調査によると、3歳までの子育て中の母親と妊婦への意識調査で、社会から隔絶され自分が孤立していると答えたものは48.8%、社会全体が妊娠や子育てに無関心と答えたものは44.2%であった。さらに厚生労働省の報告によると、全国の児童虐待相談対応件数は、平成22年度は前年比1.28倍の55,152件、平成23年度は前年比1.06倍の59,862件であった。山梨県の平成23年度の児童虐待相談対応件数は477件で、前年度の1.16倍であった。

以上の数字から見えてくるのは、①乳幼児と関わった経験がないまま自分の子どもを産み親になった人が増えている。②子育てについて話ができる相手がない親が増えており、子育て家庭がますます孤立化している。③子育てにストレスや不安を感じる親が急増し、そのストレスや不安から子どもと上手に関わるできない親が増えている。その結果虐待件数も増えている。ということである。

本学学生の乳幼児との交流経験のアンケート調査

「大阪レポート」および「兵庫レポート」の結果を受け、本学保育科の学生は本学入学前にどのくらい乳幼児に関わる経験をしてきたのかアンケート調査をすることにした。

<方 法>

2012年冬に、本学保育科1年生男子11名、女子58名と2年生男子15名、女子38名の合計122名にアンケート調査を実施した。調査内容は、小学校・中学校・高校において乳幼児と遊んだり世話をしたりする経験があったかどうか。経験があればそれはどのよ

うな機会だったか、学校の授業、ボランティア、近所の子ども、親戚の子どもや弟妹から回答（複数可）してもらった。

<結 果>

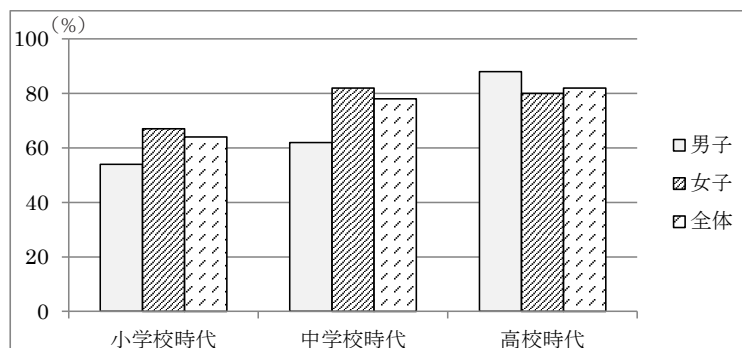


図1. 乳幼児と関わりがあると回答した学生の割合

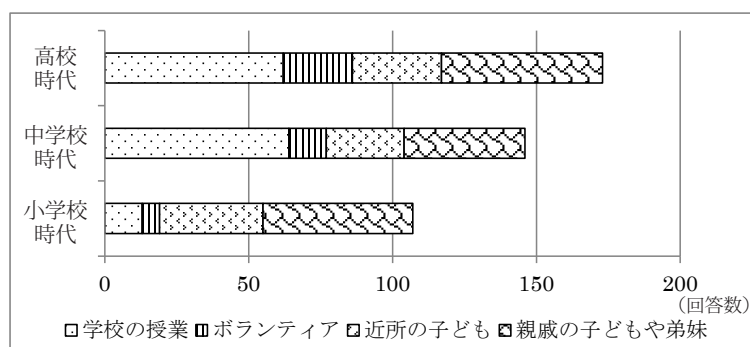


図2. 乳幼児と関わった機会

<考 察>

小学校、中学校、高校時代に学生が乳幼児と関わった経験がある割合を図1で示した。年齢が進むにつれ、乳幼児と関わった経験がある学生の割合が増加していることがわかる。女子学生が乳幼児と関わった割合は、中学校時代と高校時代でほぼ同じであった。男子学生は、高校時代に乳幼児と関わった割合が他の時代よりも大きく増加している。保育者を目指す学生にとって、中学校・高校時代に乳幼児と関わる経験が将来の職業選択に大きな影響を及ぼしたことが図1よりうかがえる。また、図1の経験がどのような機会だったかを示したのが図2である。小学校時代では、近所の子どもや親戚の子ども・自分の弟妹と関わる機会の回答が全体の8割強であった。中学校時代では、学校の授業の割合は4割強である。意図的な機会でも乳幼児と関わりを持っているといえる。高校では、学校の授業と回答したのは全体の3割強であった。特に目立っているのが、ボランティアによる関わるの機会が増えているということである。中学校時代に乳幼児と意図的に関わる機会を得て、その後主体的に乳幼児との交流の場を求めたと結果だと

思われる。

本学学生の乳幼児との関わりの経験の有無の割合は、「大阪レポート」および「兵庫レポート」の割合と大きくかけ離れていた。これは、保育者を目指す保育科の学生へのアンケート調査であるから当然の結果ともいえる。しかし、今回のアンケート調査で8%程度の学生が、小学校、中学校、高校のいずれの時期も乳幼児と関わった経験がないと回答している。保育者を目指す学生であっても、1割弱が乳幼児との関わりの経験がないのであれば、保育科志望でない生徒は意識的に乳幼児と関わる機会を自ら求めることはほとんどないといっていいいであろう。このことに関して、保育系学科男女56名と文化系学科男女73名への子どもとの交流経験に関するアンケート調査がある（「大学生と幼児との世代間交流の重要性についての探索的研究」金谷有子 埼玉学園短期大学紀要（人間学部篇）第8号）。それによると、文化系学生で「幼児との交流経験がある」と回答した割合は、小学校時代で45%程度、中学校時代で32%程度、高校時代で26%程度で、本学の保育科学生の割合と比べて大変低い。このデータから、子どもと関わる経験を持たない生徒・学生が、子どもを知らずに親になっていくということが十分に推測できる。

子どもたちの目から見たと家族・家庭

平成24年の秋ごろより、山梨県の地方紙「山梨日日新聞」に月1回「俵万智 × 佐々木正美 虹色の手紙」が連載されていた。お二人が交互に相手に手紙を書くという形式で、内容は子どもや子育てに関するものであった。平成24年10月3日の新聞に掲載された佐々木正美先生から俵万智氏に宛てた手紙の内容には大変驚かされた。以下は抜粋である。

『子どもたちがままごとでお母さん役をしたがらなくなってもう久しいのですが、近年母親を排除しながら遊ぼうとする意図がはっきりしてきたのは、悲しいことです。（略）お母さん役をしないで済むように、母親が入院中という設定でままごとをしようと提案する子どもがいるというのです。（略）私の親しい友人が、下校中の小学生に出会い、立ち話をしたそうです。女の子たちだったのでままごとの話題で話しかけたところ、口々に「お母さんが死んじゃった家」の遊びをしようと言ったというのです。（略）子どもの話を聞く母親ではなく、親の言うことを子どもに聞かせようとする母親が多くなり、家庭から母性が失われていく。「お母さんのようになりたくない」という拒否反応が、ままごとからの母親役の排除に表れていると思います。』（山梨日日新聞 平成24年10月3日）

ちょうど本学の学生たちが保育所実習を終えて学校に戻ってきた頃だったので、授業中にこの記事について話をした。すると学生たちがお世話になっている実習先の多くの保育所や幼稚園でおこなわれている「おままごと遊び」では、一番人気がペット役であり、一家族に何匹もペット役を設定しなければならないこと、母親役は人気がなくいつも最後までやり手が決まらないとのことだった。

また、三沢直子著「殺意をえがく子どもたち—大人への警告—」（学陽書房）には、描画テストを実施し、心理学的観点から子どもたちの内面を調査した結果がまとめられている。三沢氏は、「統合型 HTP 法」（家（House）、木（Tree）、人（Person）を入れて何でも好きな絵をかく方法）という心理学の分野で確立されている描画法を使用し、1981年に長野県で、1997年に東京都で、いずれも小学校1～6年生に描画テストを実施した。するとたった16年の間に子どもたちの描く絵が驚くほど変わってしまったというのである。それぞれの絵を比較する中で大きく変わった点は次の6点だという。

- ①「青信号の子がいない」と言えるほど、どの子の絵も問題がある
 - ②問題が多くなっただけでなく、その問題が両極化して、非常に多様になった
 - ③家が小さくなった。多くの子どもたちにとって「家」というのは、もはやお母さんや家族のぬくもりのある暖かい家ではなくなっている
 - ④リアリティがなくなった。自分自身や他者に対して、いきいきとした関心や実感がなくなっていることを象徴している
 - ⑤変わってしまった女の子たち・男の子と女の子の絵の区別がつかなくなった
 - ⑥破壊的な絵や、攻撃性・衝動性が認められる絵がかなり多かった
- 多くの家庭から母性が失われ、母性を知らないまたは感じないで子どもたちが育っている状況が浮き彫りになった。

親教育プログラムで「親子関係づくり型支援」

「乳幼児期に1ドル惜しむと、あとで7ドルのつけがまわってくる」。これはアメリカ合衆国ミネソタ州の ECFE が10年近い実践研究の評価として出したものである。まったく同じ試算結果がカナダでも出されている。いずれも、乳幼児期に親子のサポートを行政がしっかり行うことが重要であるというのだ。

前述した3つの視点での子育てに関する課題を解消する方法の一つとして、カナダの共感教育（Roots of Empathy）を取り上げたい。これは、カナダの M. ゴードンが1990年代に創始した親教育プログラムである。子ども達が学校で、0歳の赤ちゃんとその親の協力を得て、1年間を通して赤ちゃんの成長を体験的に学ぶもので、親子の感情や命の大切さを学ぶと同時に共感性を養うことが期待できるとされている。赤ちゃんの豊かな感性を借りて子どもの心を育てる教育で、思春期の子ども達は、赤ちゃんはかわいいが育児には責任がある事を学び、その学びは性教育にもつながる。問題対処型ではなく予防的な観点をもった親教育プログラムである。しかし、この教育はカナダで開発された個人のパテントのプログラムであること、さらに学校教育の中で全プログラムの実施（10か月間）が条件であること理由から、日本でこのプログラムをそのまま普及させるのは大変困難である。そこで2002年（平成14年）に「厚生労働省・児童家庭局」は、共感教育（Roots of Empathy）を日本の学校教育に沿って簡素化した『赤ちゃんプログラム』のモデル事業の実施を、都道府県を通じて全国の市町村へ呼びかけた。これに応じた5ヶ所が短期間の中、それぞれ特色ある企画のもとにモデル事業を実施した。

その結果は予想を超える反響や成果として報告された（厚生労働省 HP「子育て支援」乳幼児と中・高校生のふれあい事業 参照）。

2002年の永田陽子氏、櫃田紋子氏、福川須美氏、伊志嶺美津子氏、田島昌子氏による「カナダの「共感教育」の実践とその有効性—幼児期から始める親になるための準備教育—」には、子どもたちの原家族である家庭での親子のかかわりにも大きく影響をあたえており、Roots of Empathy の効果は予想を超えたものだったと記してある。生徒個人の変化として「自己肯定感をもつ生徒が増えた、自分の親のようにになりたいという親への肯定感も増している」。学級内では「思いやり、目立たない生徒の活発な発言、学級内での居場所の確保」で変化が見られたという。家庭では「親子の会話のきっかけ、普段は口数の少ない男子学生が家庭で赤ちゃんの話をする」などの変化があった。Roots of Empathy は、教育効果が期待できる予防的親教育プログラムであると締めくくっている。

鳥取大学医学部高塚人志氏は、人間関係構築力を学ぶ「赤ちゃん登校日」授業を実施している。高塚氏は長年の教員経験から独自のプログラムを樹立し、鳥取県、島根県、奈良県、石川県等の県教育委員会と協働で事業を進めている。石川県内での活動に関しては、石川県立看護大学看護科にて「赤ちゃん登校日」授業の有効性に関する研究を行っている。それによると、授業受講後のアンケート調査の分析結果の一部として、小学生および中学生において「自尊感情」「困惑する場面での情緒安定性」で、「小学生において「対児への行為感情」で、有意な差が見られたと報告された。また、今後は、このような体験学習の思考プロセスを促すような授業のファシリテーションを行うことによって、お互いの体験を共有した学びがより深まると期待されるとしている。アンケート調査のすべてのデータ分析が待たれる（小学生への「赤ちゃん登校日授業の実態」とその有効性に関する研究 和田五月）。

まとめ

これからの子育て支援を充実させていくためには、社会が子どもを育てるという意識のもと地域の「子育て支援ネットワーク」の構築が重要であり、そのネットワークを活用して、長期的な展望を持って地域の子育てに関する問題を予防する取り組みが求められている。そこで、日本流に簡素化した共感教育が大好評であったとの厚生労働省の報告を受け、未就園児とその親と中学生の世代間交流を教育現場で実施するという親教育プログラムを検討したい。中学校の「道徳」または「技術・家庭」の授業時間を活用し、中学生は赤ちゃんが産まれてくる機序の説明を専門家（主に助産師）から受ける。その後、中学生は中学校に登校したその地域に住む複数の未就園児とその親とのふれあいを体験をする。この授業は、中学生にとっても未就園児とその親にとっても大変貴重な時間になると言える。未就園児とその親はいわばその授業の外部講師になるわけで、その点から子育て中の親が社会貢献できるという自信につながる。またその場で親同士が交流し連帯感を持つことは、子育てに対する気持ちに変化を及ぼし、最終的には抱えていた子育てへの不安感や孤立感の解消を期待したい。中学生にとって乳幼児はかわいい

い存在であり、親は自分の赤ちゃんを誉められて自信を持つことができる。赤ちゃんは大きな子と出会っていい刺激を受ける。また、中学生は助産師から出産についての講義を受けることにより、命の大切さを知り自尊感情を高めていく。さらに中学生は地域の親子との交流を持つことで、循環型の子育て支援システムにかかわり、地域の子育て支援について知ることができる。そして命をつなぐ意義や喜びを知ることが少子化への歯止めとなること、思春期における自己肯定感を高めること、虐待の早期防止に繋がることを期待したい。その地域の乳幼児とその親が中学校に登校するというこのプログラムでは、地域の子育て支援団体の協力を得て活動することが望ましい。子育て支援者にとっては支援者同士の連帯感及び事業実施の達成感が得られることから、地域全体の子育て支援力を底上げすることに繋がるのではないだろうか。

「共感の根」を発展させた独自の親教育プログラムで「親子関係づくり型支援」を実施し、将来親となる中学生の父性・母性を養うこと、地域で支援される側の子育て中の親が支援する側にまわり（循環型支援）、社会参加という意識を持つことで子育て中の孤立感や不安感を払拭すること、子どものこれからの成長過程を中学生を通して確認することで親としての自覚と愛情を再認識し、家庭に特に母性が復活する機会となることを期待したい。

参考文献

1. 原田正文 2006 「子育ての変貌と次世代育成支援—兵庫レポートにみる子育て現場と子ども虐待防止」 名古屋大学出版
2. 汐見稔幸（著） 大枝桂子（監修） 2003 「世界に学ぼう！子育て支援—デンマーク・スウェーデン・フランス・ニュージーランド・カナダ・アメリカに見る子育て環境」 フレーベル館
3. ジャニス・ウッド・キャタノ（著） 三沢直子（監修） 杉田真・門脇陽子・幾島幸子（翻訳） 2002 「親教育プログラムのすすめ方」 ひとなる書房
4. ジャニス・ウッド・キャタノ（著） 三沢直子（監修） 幾島幸子（翻訳） 2002 「完璧な親なんていない！」 ひとなる書房
5. 子ども家庭リソースセンター編 2002 「Nobody's Perfect カナダからの子育てメッセージ」 ドメス出版
6. 三沢直子 1998 殺意をえがく子どもたち—大人への警告— 学陽書房
7. 金谷有子 2008 「大学生と幼児との世代間交流の重要性についての探索的研究」 埼玉学園短期大学紀要（人間学部篇）第8号
8. 永田陽子氏、櫃田紋子氏、福川須美氏、伊志嶺美津子氏、田島昌子氏 2002「カナダの「共感教育」の実践とその有効性—幼児期から始める親になるための準備教育—」
9. 和田五月 2010 「小学生への「赤ちゃん登校日授業の実態」とその有効性に関する研究」

次亜塩素酸水の残留塩素濃度と保存について

キーワード：次亜塩素酸水，スーパー次亜水，残留塩素濃度，保存期間，pH

井 上 聖 子
小 林 彗 歩

I 緒 言

毎年、インフルエンザが流行し、多くの人々が感染している。近年では、豚由来の新型インフルエンザが世界的に流行し、世界保健機関（WHO）は、世界的流行病（パンデミック）であると宣言し、警戒水準を最高レベルのフェーズ6に引き上げ、警戒を強めたのである。また2006年に大流行したノロウイルスも、感染力が強く、大規模な集団食中毒を起こしやすい。今年もすでに感染者が多く出ており、厚生労働省も注意を喚起している。

感染症は、伝染することにより感染者数が増えていく。隔離や閉鎖することにより、その拡大を防ごうとするが、対象が広くなると防ぎきれなくなる。そのため感染が広がらないよう外出禁止を行うことになれば、経済に多大な影響を与えることになる。また、教育現場においても感染症の拡大は、学級閉鎖、学校閉鎖に追い込まれ、高齢者施設や乳幼児がいる保育所では、特に大きな健康問題となる。

感染症は、病原体にある程度の病原性があり、感染経路によって人に伝播し、その人に感受性があれば成立する。感染症の成立を阻止するためには、感染源をなくす、感染経路を絶つ、宿主の感受性をなくす、の3つである。この中でも最も効率が良いのが、接触感染、飛沫感染、空気感染の感染経路を絶つである（金光ら，2006）。その手段の一つとして、消毒による感染経路の遮断が大きな役割を担うと考える。消毒とは、生存する微生物の数を減らすために用いられる処置法で、湿熱や紫外線などを使う物理的消毒法と消毒薬を使う化学的消毒法とがある。この中で特別な機器を使うこともなく、どこでも誰もが簡単に行うことができるのが、消毒薬を使つての感染経路遮断である。

この消毒薬にもいろいろあるが、一般的には次亜塩素酸ナトリウムを使うことが多い。次亜塩素酸ナトリウムは、強アルカリ性であるため、塩素などの強酸性物質と混ぜると、有毒な塩素ガスを発生する（ $\text{HOCl} + \text{HCl} \rightleftharpoons \text{H}_2\text{O} + \text{Cl}_2$ ）。また金属に対する腐食作用や皮膚等への刺激作用があり、衣類の漂白作用などもある。

そのため近年これに代わり、消毒薬としての次亜塩素酸水が注目を浴びている。次亜塩素酸水は、塩素又は塩化ナトリウム水溶液を電解することにより得られる、次亜塩素酸を主成分とする水溶液である。化学的には水溶液中で、塩素（ Cl_2 ）と次亜塩素酸

(HOCl)、次亜塩素酸イオン (ClO^-) が平衡にあり、pH に依存して形態を変化する。塩素 (Cl_2) は、水道水の殺菌料としても利用されている物質であるが、水に溶解したときに次亜塩素酸 (HOCl) に変化し、これがアルカリ域になると次亜塩素酸ナトリウム ($\text{Na}^+ + \text{ClO}^-$) へとさらに変化する。この次亜塩素酸ナトリウムは、食品添加物、殺菌料として指定されており、国内外で幅広い分野で使用されている (紙谷ら, 2009)。次亜塩素酸水は、2002年に使用基準として、使用後、食品を飲用水で十分水洗いすることとし、食品添加物の殺菌料として指定を受け、この指定を受けるに当たり、名称を電解水から次亜塩素酸水とされている (厚生労働省, 2002)。次亜塩素酸水の成分規格は、強酸性次亜塩素酸水 pH2.7以下で有効塩素20~60mg/kg と微酸性次亜塩素酸水 pH5.0~6.5、有効塩素10~30mg/kg の2種類であった。2012年には、これに弱酸性次亜塩素酸水 pH2.7~5.0で有効塩素10~60mg/kg が追加され、微酸性次亜塩素酸水も有効塩素が10~80mg/kg と改正されている (厚生労働省, 2012)。近年では、次亜塩素酸水を肌の pH に近い弱酸性に調節したスーパー次亜水や安定化次亜酸性水などが、市販されている。

次亜塩素酸ナトリウム水の殺菌効果は、ノロウイルスでも消毒薬として厚生労働省が推奨している。ノロウイルスは、消毒薬に対する抵抗力が強く、アルコールや逆性石けんなどでは効果がなく、塩素系消毒剤が有効とされているからである。

紙谷ら (2009) は、次亜塩素酸ナトリウム水の殺菌効果は、次亜塩素酸濃度に依存していることを確認し、中性から酸性域においては次亜塩素酸を形成することにより殺菌効果が上昇することが確かめられたと報告している。山本ら (1999) は、生食用野菜の洗浄について強酸性電解水 (次亜塩素酸水) と水道水による比較検討した結果、明らかに強酸性電解水の除菌効果が高かったと報告し、次亜塩素酸水が殺菌作用の主体をなしていると述べている。また土屋ら (2004) も酸性電解水 (次亜塩素酸水) の殺菌機構の中心は、実質的に有効成分である次亜塩素酸が、菌体の膜や原形質を構成している各種の分子と急速に直接反応し損傷することによって起こす細菌殺菌作用であるとみることができる、と述べている。坂下ら (2002) は、強酸性電解水 (次亜塩素酸水) は、手荒れが少なく、簡便で手付着菌数が絶えず少ない状態を維持できる手洗い法は、限定した消毒薬の使用と強酸性電解水の効果的な常用使用により確立できると考えられた、と述べている。野知ら (2011) も、手全体を次亜塩素酸水で洗浄後に手のひらの次亜塩素酸水含有綿棒でふき取り試験を行なった結果、対照との対比において次亜塩素酸水による消毒効果は顕著に示された、と述べている。また、消化器系感染症指標菌である大腸菌群に対する次亜塩素酸水による不活化率は、100%であり、第四類呼吸器感染症の原因菌であるレジオネラ属菌に対する不活化率も100%が得られたと、報告している。美祢ら (2006) は、生食野菜類の消毒薬として一般に使用されてきたのは次亜塩素酸ナトリウムであるが、高濃度の消毒薬を使用し、食品に消毒薬が残存したり、逆に低濃度のものを使用したため殺菌が行われないという事故も発生している。これに対してスーパー次亜水は、次亜塩素酸ナトリウムに希塩酸を一定の割合で混合して生成することも出来る。電解方式よりも生成工程が簡単である。しかも生成した次亜塩素酸水の濃度も任意

に調節することが出来るため、このようなミスを防げ、しかも殺菌効果も高いと報告している。北里（2005）は、次亜塩素酸水はヒトインフルエンザウイルスの不活化に対して非常に有効と考えられるとも報告している。岡田ら（2008）は、次亜塩素酸電解水は100ppm以上の有効塩素濃度において、う蝕病原菌を死滅することが分かったと報告しており、ザマンら（2008）は、う蝕及び歯周病予防として次亜塩素酸電解水を使用する際には、安全面から有効塩素濃度は150ppmが必要であると報告している。

また、次亜塩素酸水は、消臭・脱臭効果にも注目が集まっている。桃井ら（2009）は、換気条件では開始20分においてCH₃SH濃度が初期濃度の31%減少しているのに対し、次亜塩素酸水をミスト噴霧したときは同時点での濃度が初期濃度の53%減少しており、初期濃度の22%がミスト噴霧によって得られた消・脱臭効果であると報告している。古芝ら（2008）も、次亜塩素酸水を空間に噴霧した場合の消・脱臭性能を把握するために排泄物臭に含まれるメチルメルカプタンを対象臭気とし、消・脱臭実験を行なった結果、メチルメルカプタンに水を噴霧した場合や、消・脱臭剤なしに噴霧した場合に比べ、次亜塩素酸水を噴霧した場合の方が大きな消・脱臭効果が見られたと報告している。また違う報告でも、メチルメルカプタンに水を噴霧した場合は水道水による消・脱臭の影響が見られたものの、次亜塩素酸水を噴霧した場合の方が大きな消・脱臭効果が見られたと述べている（古芝ら，2008）。

さらに次亜塩素酸は、人間の免疫役割を担う白血球の好中球ミエロペルオキシダーゼで生成され、生体の免疫を司っている（神谷，2000；澤村ほか，1981）。つまり、人間の体内にも存在していることになる。

これらの報告の通り次亜塩素酸水は、消毒、消臭・脱臭効果があり、食品添加物にも指定されているため、人体にも無害である。また使用感覚が水道水とほぼ同じであり、使用時には一定濃度の消毒薬を送り出す装置を使用するため希釈操作が不要になる。そのため、使用者による希釈のばらつきがない利点がある（中島ら，2008）。また化学的に不安定で、有機物と反応し消失する。このため、残留性がほとんどなく、環境への負荷も少ない。これらの事から次亜塩素酸水のpHを弱酸性にしたスーパー次亜水や自動で希釈する生成装置が市販され、注目されてきているのである。

一般家庭や学校、園などで、スーパー次亜水を50ppmに希釈して使用方法としては、

1. スプレーボトルに入れ、ドアノブなどの接触部分の拭き掃除・厨房や浴室・トイレでの除菌や消臭・生ごみやペットなどの身近な空間での消臭・口腔内除菌や消臭・肌のpHに近いため、手荒れの心配なく手洗いに使用
2. 漬けおきにより食材や調理器具の洗浄、除菌
3. 清掃時の水に使用し、床の拭き掃除とともに除菌、消臭、汚物清掃にも使用
4. 肌のpHに近い弱酸性のため、浴槽水に添加し、除菌
5. ポータブルな超音波加湿器に入れ、加湿とともに除菌、消臭

以上、5つの項目が考えられる。

前述した通り次亜塩素酸水は、人体にも無害で、殺菌スペクトルが広く、多くの病原

菌やウイルスにも効果があり、今までのような殺菌対象物による消毒薬の変更もいらない。そのため次亜塩素酸水は、一般家庭や教育現場、高齢者施設などで使用することにより、感染症の拡大を防ぐためにも有効な手段であると考える。

しかし、次亜塩素酸水は、長期間保存すると、その酸化により塩素酸濃度の上昇が起こることがあり、有効塩素と塩素酸とは、右下がりの比例関係にある。つまり、塩素酸濃度が高くなると、有効塩素濃度が低くなる。特に高温下での貯蔵は、塩素酸濃度の上昇が顕著であるため、貯蔵温度には十分配慮する必要がある（社団法人日本水道協会，2006）。また、保管温度が高いと、残留塩素酸濃度が減少する（社団法人日本水道協会，2007）。

そこで、強酸性電解水より安定し、保存期間や有効塩素濃度も長く保たれ、弱酸性に調整されているスーパー次亜水を対象液とし、特別な装置や保存方法でなくても長期保存が可能であるか、検討することを目的とする。

II 実験方法

1. 測定期間および測定日

測定期間：2010年7月～2011年3月および2011年3月～6月

測定日：毎月1日と15日あるいは16日

2. 対象液

株式会社 HSP 製、HSP-2000SME 型次亜水生成装置で作ったスーパー次亜水で、有効塩素濃度250ppm、pH6.2を使用した。

3. 測定項目および測定法

次亜水専用の蛇口から、5つの測定容器に各サンプルを入れて測定し、その5つの平均を値とした。

- (1) 残留塩素濃度：柴田科学 KK 製（ハンディ水質計アクアブ AQ-102）
- (2) pH：東京硝子器機 ロビボンド pH 測定器2-B 型 試薬は、BTB
- (3) 気温および湿度：アスマン通風乾湿計

4. 保存場所

一般家庭の廊下

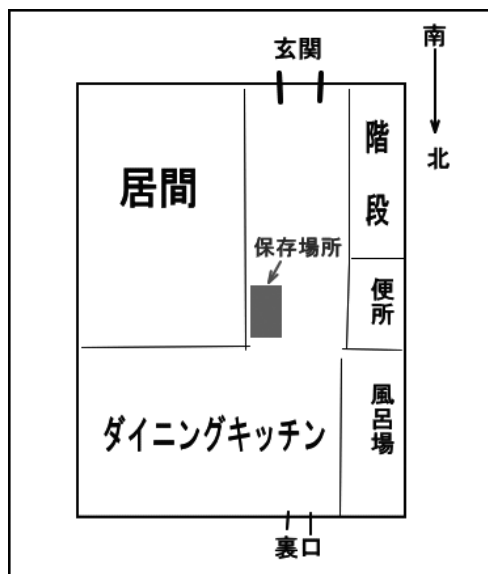


図1 保存場所

Ⅲ 結果および考察

次亜塩素酸水を弱酸性に調整したスーパー次亜水を、気温の高い時期である7月から翌年3月までと、気温が低めの3月から気温が上がり始める6月までの気温が違う2つの期間について、一般家庭の比較的涼しい場所に保存し、測定値の誤差をなくするため5つのサンプルの残留塩素濃度とpHについて測定した。その結果は、表1-1と表1-2に示す通りである。また5つサンプルの残留塩素濃度の平均値をグラフ化したものが、図2-1と図2-2である。

残留塩素とは、水中で殺菌作用を起こしたり、紫外線の作用で分解した後、なお残留している有効塩素のことを言う。有効塩素とは、殺菌効果がある塩素系薬剤のことを言うが、各期間の5つのサンプルとも有効塩素濃度は、250ppmでpH6.2である。

どの測定時も、5つのサンプルの残留塩素濃度は、ともに同じような値を示している。残留塩素濃度を平均値でみると、7月の250.0ppmから9ヶ月後の翌年3月には、平均値139.4ppmと110.6ppm下がっており、44.2%の低下を示している。図2-1からもわかる通り、7月1日の27℃から気温が上昇し、残留塩素濃度は、気温の上昇とともに7月16日の平均値237.6ppmと低下し、8月の気温32℃をピークに残留塩素濃度も平均値

表1-1 スーパー次亜水保存の気温と残留塩素濃度（平成22年7月～平成23年3月）

月		H22年 7月1日	7月16日	8月1日	8月15日	9月1日	9月15日	10月1日	10月15日	11月1日	11月15日	12月1日	12月15日	H23年 1月1日	1月15日	2月1日	2月15日	3月1日	3月15日
残留塩素濃度	サンプル 1	250	240	222	213	213	194	175	160	155	148	144	140	142	141	139	136	138	137
	サンプル 2	250	236	224	218	218	197	176	159	153	149	144	141	142	141	140	136	140	138
	サンプル 3	250	238	222	219	219	201	178	158	152	149	145	143	143	142	139	139	142	143
	サンプル 4	250	237	223	213	213	209	175	158	153	148	144	144	142	141	138	137	143	139
	サンプル 5	250	237	221	219	219	209	175	158	154	149	145	144	143	141	140	138	144	140
残留塩素平均 (ppm)		250.0	237.6	222.4	216.4	216.4	202.0	175.8	158.6	153.4	148.6	144.4	142.4	142.4	141.2	139.2	137.2	141.4	139.4
pH		6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2
気温 (℃)		27	28	32	32	32	32	26	25	18	14	16	13	11	10	11	10	10	14
湿度 (%)		86	80	68	63	63	68	67	72	75	65	60	65	63	50	48	74	65	65

表1-2 スーパー次亜水保存の気温と残留塩素濃度（平成23年3月～6月）

月		3月1日	3月15日	4月1日	4月15日	5月1日	5月15日	6月1日	6月15日
残留塩素濃度	1	250	250	250	250	248	246	244	242
	2	250	250	250	250	248	248	244	242
	3	250	250	250	250	246	248	242	242
	4	250	250	248	250	248	246	244	243
	5	250	250	250	250	248	246	244	243
残留塩素濃度平均		250.0	250.0	249.6	250.0	247.6	246.8	243.6	242.4
pH		6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2
気温		10	14	14	14	21	23	18	24
湿度		65	65	57	43	55	75	51	50

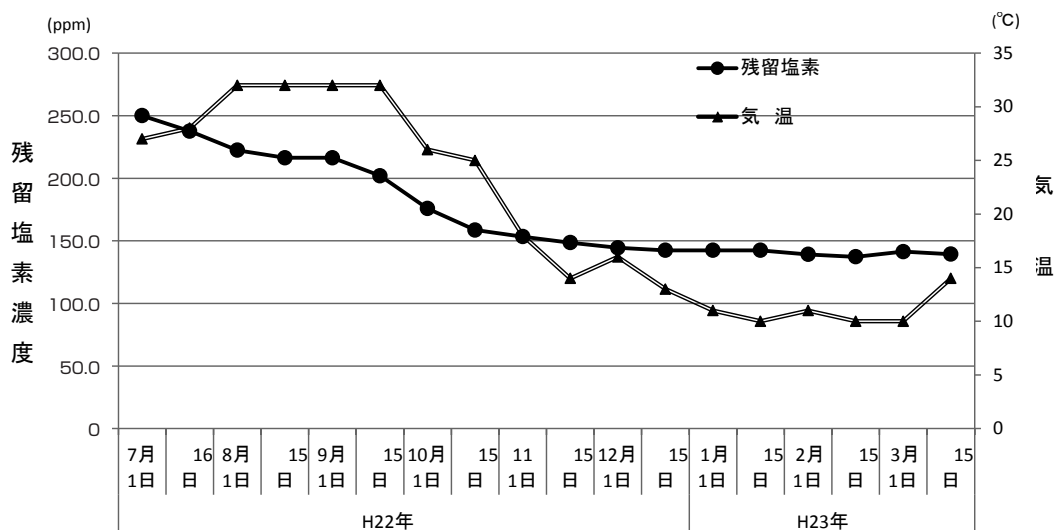


図2-1 気温・日数と残留塩素の関係

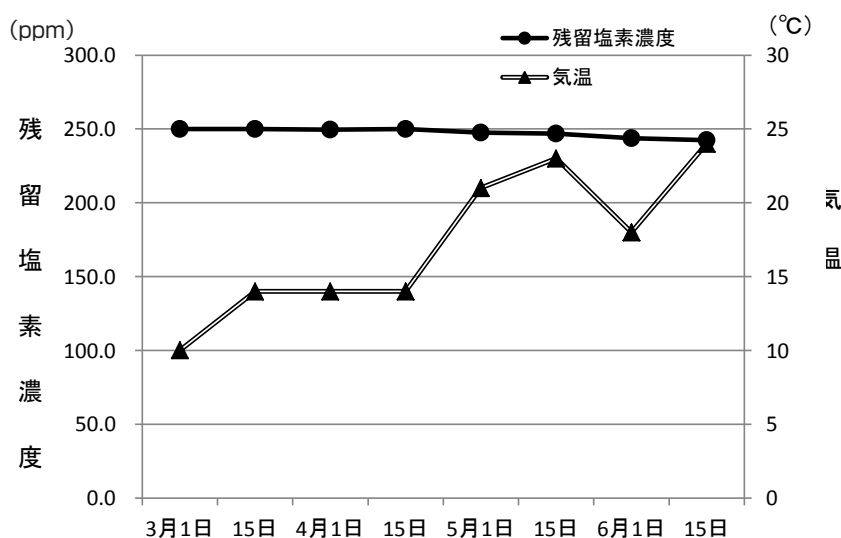


図2-2 気温・日数と残留塩素の関係

222.4ppm から10月15日の気温25℃まで、残留塩素濃度も平均値158.6ppm と4ヶ月で36.3%低下している。気温が20℃代となっている間は、特に低下傾向にあることがわかる。このことは、社団法人日本水道協会（2006，2007）の報告と同様であり、残留塩素酸濃度は、気温の上昇とともになだらかではあるが、低下傾向を示す。その後11月1日の気温は、18℃と11月以降の気温は10℃代となり、残留塩素濃度は11月1日の平均値153.4ppm からほぼ横ばいに推移している。

一方、気温が低い時期である3月から測定を始めたサンプルでは、図2-2をみてもわ

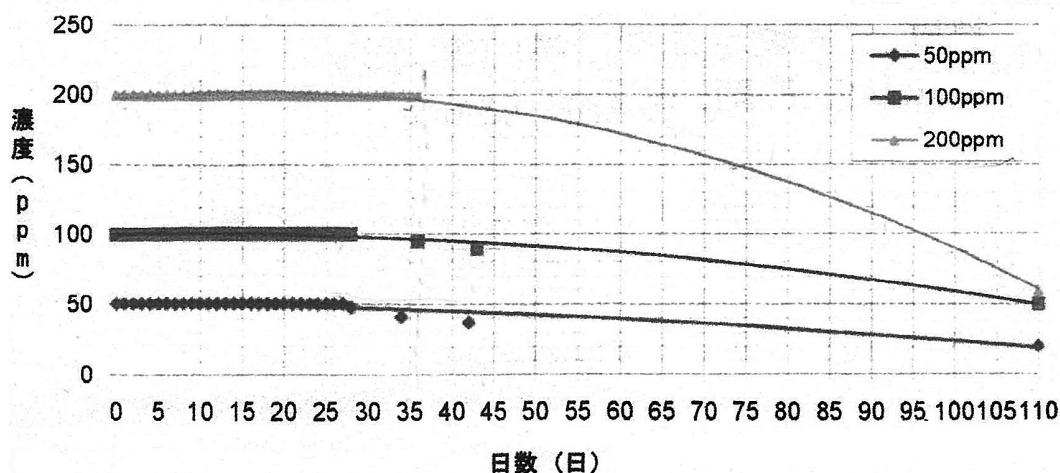


図3 有効塩素濃度の経日変化（株式会社 KSB, 2007）

かる通り、残留塩素濃度が250ppm から6月15日の平均値242.4ppm と3%の低下だけで、4ヶ月間ほとんど変化していない。気温も3月1日の10℃から4月15日の14℃と、低めに推移しており、5月1日の21℃から6月15日の24℃と、この間は6月1日の18℃以外は20℃代となっている。

7月からの測定では、気温20℃代までの残留塩素濃度は、低下傾向を示したが、3月からの測定値では、同じ20℃代でも低下がほとんど見られない。これは、夏の暑さが続く時期と、初夏の定点的な気温との差から、このような傾向の違いが見られたものと考えられる。これらのことから、残留塩素濃度は、気温に影響されると言える。

この結果から、保存する時は高温下には置かず、涼しい場所に置くことが、長期保存の条件となることが示唆される。ただ、7月からの測定で3月1日のみ5つのサンプルとも残留塩素濃度が上がっている。なぜ、このような傾向を示したのかは、今後研究を進めて行く必要がある。

有効塩素濃度250ppm を使用する場合、残留塩素濃度は低下するものの、厚生労働省が認めている有効塩素10～30mg/kg をはるかに超えている。夏の暑い時期から9ヶ月経っても残留塩素濃度が高いため、使用時には残留塩素濃度を確認し、希釈する必要があるかどうかの判断が必要となる。

図3は、株式会社 KSB（2007）の実験結果を示したものである。測定期間は、2001年2月22日～2001年6月12日の110日間であり、有効塩素濃度50・100・200ppm、pH6.0のスーパー次亜水で測定した結果である。保存場所は、ダンボール箱の中にポリエチレン製半透明容器（コック付）を入れた20L入の物であり、保存場所室温は、22～24℃である。

この図より換算してみると、有効塩素濃度200ppm のスーパー次亜水が、90日後約120ppm となっており、濃度が60%となっている。

これ対して、本測定では、気温が高いにもかかわらず、250ppm が90日後には、

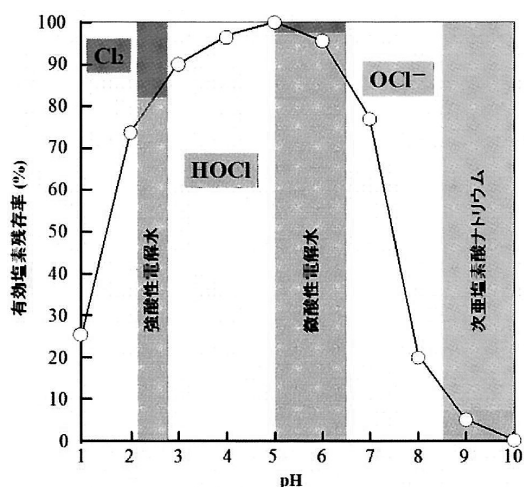


図4 次亜塩素酸（HOCl）の存在比率の pH 依存性（厚生労働省，2009）

175.8ppm であり、70.3%である。この現象は、本測定では有効塩素濃度が250ppm と、200ppm より高濃度にあるため、有効塩素濃度が関係していると考えられる。

紙谷ら（2009）や山本ら（1999）、土屋ら（2004）は、次亜塩素酸水の殺菌・消毒効果は、次亜塩素酸によるものと述べており、その次亜塩素酸は、pH により状態が変わる。夏から春への9ヶ月の保存期間は、当然ながら気温や湿度も変化が大きいですが、スーパー次亜水の pH は、外界の変化に関係なく、pH6.2という一定の値を示している。福岡（2010）は、非解離型 HOCl を高比率で含有する次亜塩素酸水は、有効塩素濃度あたりの殺菌効果は大きくなるため、殺菌操作に使用する有効塩素濃度を大幅に低減することが可能である、と述べている。

これらの結果からスーパー次亜水は、一般家庭の比較的涼しい場所に置いても、長期間保存ができることから、多くの施設で簡単に感染症の予防につながる消毒薬として、利用できるものと考えられる。

また、本測定結果と、図3の株式会社 KSB 社報（2007）とを比較した結果、スーパー次亜水を一般家庭等で保存するには、有効塩素濃度200ppm より高濃度である250ppmの方が長期保存出来るのではないかと考えられる。この現象については、今後の検討課題としたい。

IV 結論

消毒薬として広く使われている次亜塩素酸ナトリウムは、強アルカリ性のため、皮膚刺激などが強い。これに代わり次亜塩素酸水は、殺菌、消毒、脱臭効果が認められ、人体にも無害で、環境への負荷も少ないことから、近年注目され、普及してきている。

そのため、感染症の予防という観点からも多くの施設で簡単に利用できるか、次亜塩素酸水を弱酸性に調節したスーパー次亜水を対象液とし、7月の暑い時期から9ヶ月間

と3月の寒い時期からの4ヶ月間の2期間、一般家庭の比較的涼しい場所で保存した。

その結果、気温の上昇とともに残留塩素濃度は、低下する傾向を示したが、特別な方法を用いずとも、涼しい場所で保存すれば、その効果を持続することができることがわかった。そのため多くの場所で消毒薬として使用することが可能であり、その効果を發揮できることが示唆された。

しかしながら、有効塩素250mmp は、経時的变化とともに低下傾向にあるが、9ヶ月経ても残留塩素濃度が高いため、その濃度を測定し、希釈することも必要であることがわかった。

また、有効塩素濃度200ppm より250ppm と、高濃度の方が、長期間保存出来る傾向が見られた。

今後の課題としては、保存期の気温・湿度と、スーパー次亜水の希釈量の関係について検討してみたい。

謝 辞

本測定を行うにあたり、スーパー次亜水を提供していただいた内外サービス株式会社 中島浩司会長、および担当者の皆様方に、感謝の意を表します。

文 献

福岡智司（2010）次亜塩素酸ナトリウムを用いた洗浄・殺菌操作の理論と実際。

www.solmind.com/hclo/jyokinn/rironntojissaisaifukuzaki.pdf,（参照日2012年12月18日.）

株式会社ケイ・エス・ビー（2007）有効塩素濃度の経日変化社報。

金光敬二・賀来満夫（2006）これからの術後感染の対策・治療を考える3．院内における感染対策の方法．日外会誌，107（5）：211-214.

紙谷喜則・アブデュルスディ イッサ ザカリヤ・比恵島裕美・守田和夫・八木史郎（2009）次亜塩素酸ナトリウム希釈水の最適殺菌濃度と殺菌機序に関する基礎的考察．農業生産技術管理学会誌，16（1）：23-27.

神谷茂（2000）*Helicobacter pylori* と胃病変．近年話題の細菌感染症：その基礎と臨床，360 - 363.

官報（2002）厚生労働省告示第212号 財務省印刷局第3378号．P 8．

官報（2012）厚生労働省告示第345号 国立印刷局第5789号外第96号．P 4．

北里英郎（2005）次亜塩素酸精製水によるヒトインフルエンザウイルスの不活化作用の検討．北里大学医療衛生学部研究報告書．

厚生労働省（2009）次亜塩素酸水と次亜塩素酸ナトリウムの同類性に関する資料。

<http://www.go.jp/shingi/2009/08/dl/s0819-8k.pdf>,（参照日2012年11月18日）。

古芝由希子・相良和伸・山中俊夫・甲谷寿史（2008）消・脱臭剤による悪臭物質の気中濃度減衰効果に関する主観評価実験．日本建築学会大会学術講演梗概集：865.

古芝由希子・相良和伸・山中俊夫・甲谷寿史（2008）噴霧型消・脱臭剤を用いた悪臭物質の気中濃度減衰効果の把握．日本建築学会大会近畿支部研究報告集：105-108.

- 中島敏浩・西岡達彦・岩井徹・重東和宏・三宅伸子・山根伸久（2008）消毒剤としての酸性電解水の使用実態について．広島県獣医薬器雑誌，23：77-80.
- 野知啓子・大塚雅之・長野勝・村本康彦（2011）次亜塩素酸水による細菌類の不活化．建築設備工学研究所報，34：3-11.
- 美祢弘子・河原和枝・中原佐和子・小場美穂（2006）スーパー次亜水による生食野菜類の殺菌．川崎医療福祉学会誌，15（2）：683.
- 桃井良尚・相良和伸・山中俊夫・甲谷寿史・粕谷浩司・田辺慎吾・辻裕次（2009）脱臭装置を併用する病室空調に関する研究（その3）次亜塩おるメチルカプタンの気中濃度減衰効果，日本建築学会大会学術講演概要集：595-596.
- 岡田彩子・マティン カイルール・ザマン ショウカット・花田信弘・田上順次（2008）次亜塩素酸電解水の効果的なう蝕バイオフィルムへの浸透作用．
<http://www.amanodental.com/ikashika-1.pdf>，（参照日2013年1月9日）.
- ザマン ショウカット・マティン カイルール・岡田彩子・花田信弘・田上順次（2008）電解水に含まれる有効塩素の上皮細胞（KB-cells）増殖に及ぼす影響．
<http://www.amanodental.com/ikashika-4.pdf>，（参照日2013年1月9日）.
- 坂下聖加子・岩沢篤郎・中村良子（2002）強酸性電解水常用による手洗いの除菌効果 ―石鹼流水法とアルコール擦式法との比較―．感染症誌76：373-377.
- 社団法人日本水道協会（2006）平成18年度厚生労働省薬品基準等調査．
<http://www.mklw.go.jp/shingi/2007/10/dl/s1026-15ib-003.pdf>，（参照日2012年11月18日）.
- 社団法人日本水道協会（2007）平成19年度厚生労働省受託「水道薬品等基準に関する調査」水道用次亜塩素酸ナトリウムの取り扱い等の手引き（Q & A）．
<http://www.jwwa.or.jp/houkokusyo/pdf/200803-suidou-guideline.pdf>，（参照日2012年11月18日）.
- 澤村良二・長谷川明・立川真理子（1981）白血球食細胞のクロリネーション - ミエロパーオキシデースによる次亜塩素酸形成．衛生科学，27（6）：335-347.
- 田中敏之・菅原俊継・有澤準二・剣持雅史・木村主幸（2005）強酸性電解水の殺菌機序に関する基礎検討．北海道工業大学研究紀要，33：283-287.
- 丹保憲仁・小笠原紘一．浄水の技術．技報堂出版株式会社：東京，pp. 12-17.
- 土屋桂・堀田国元（2004）酸性電解水の化学．拓殖大学理工学研究報告，9（2）：21-30.
- 山本真弓・山田満（1999）強酸性電解水による生野菜の除菌効果．和洋女子大学紀要，39：27-34.

子どもの絵の発達

— 範列関係について —

キーワード：子どもの絵 発達 記号学 スキーマ 連辞と連合／範列

三 井 正 人

研究テーマ

これまで本学の紀要を通して「子どもの絵の発達」と題し、ローウェンフェルドによる子どもの絵の発達研究やケロッグのスクリブル研究、ピアジェの発達心理学などの研究を行ってきた。

いままでは、特に言語の発達に焦点をあてていた。とりわけてソシュールの記号学的原理の視点から子どもの絵の発達について考察している。その考え方の基本は、そもそも人間は他の生物と異なり、言語を持っているということである。私たちは、言葉を用いた社会的な生活を送っている。しかし逆の言い方をすると、私たちは言語記号を通してしか事象を認知することも、他の人と会話することも、コミュニケーションをとることもできない。筆者は実際に造形表現にかかわる創作も行っているが、作品を発表するときには必ず作品を見られることを前提に制作して、当然作品の題名を言葉で考えると同時に、作品の説明・解釈を言葉で用意して、鑑賞者と話す。表現されたもの（作品＝テキスト）を通してのコミュニケーションである。そして現に今ここでは、子どもの絵の発達について私は言葉を用いて研究し、発表しようとしている。では表現活動と言葉による説明の関係は、発達の過程の中でいつごろから始まっているのだろうか。

子どもはなぐりがきを通して、線や点のパターンを覚えていく。そしてその時同時に言葉を覚えていくのである。言葉とはすなわち記号（＝概念化）である。本論は、幼児が成長していく過程で絵を描くことと、言葉を身につけることの意味を記号能力の発達として関連付けて、造形的な発達や認知心理学などを横断的に、また構造学的に研究していく。今回の研究テーマは「描く（表現する）」人と「鑑賞（見て、感じる）」人の間で「作品（表現されたモノ）」＝テキストはどのように関係しているのかを、ソシュール記号学の「連辞と連合」関係の考え方またイエムスレウの「範列」に置き換えてその関連性を研究する。

研究方法

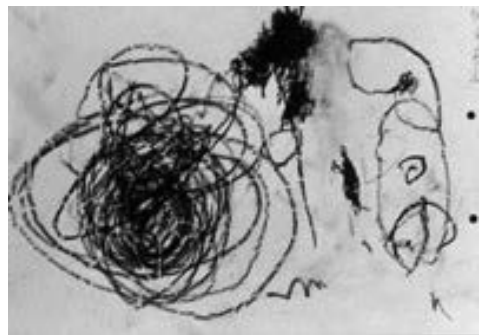
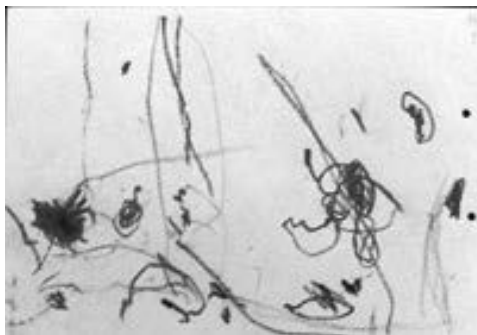
本学研究紀要第16号では、交差点を主題にした絵を並べて、主題は同じであっても制作者が感じるもの、表現したいものはそれぞれに異なり、材料や構図、表現内容は全く

違う世界の表現になることを提示した。私たちが言語表現をする際、例えば季節の日常のありきたりな風景を文章にするのにも、さまざまな言い回しがあり、また同じ主題であっても短歌や俳句など無限に近い言葉の組み合わせがある。

ソシユール記号学の二重性の原理の中で連辞について考えて見ると、1つの文章に対してすべての単語の要素は連辞関係という線状の状態を保っている。そこにある単語の並びこそが1つの表現であり、それは文法的な問題を見放した場合、並び変えても連辞的には、単語としての区別しかそこにはない。一方連合的な関係は、単語のひとつひとつに対しての連想活動であるため、それぞれおそらくそこにはない無数の連想される単語が、浮かび上がってくる。私たちはそう言った表現する側としての単語を選び組み合わせしていく自由と、書かれたもの、表現されたものを読んだり、見たりして感じる自由さを持ち合わせている。したがってひとつの文章や一枚の絵が表現された場合、ひとつの意味が読み手全員に同様に伝わることは、ある意味大変難しいことである。それはまた言葉の豊かさや自由さにもつながるものではあるが、一方では意味をとり違い、全く違う世界をイメージするきっかけともなる。単語や形は少しずつ連合作用にてイメージを変化させていく。しかし、実際には表現されたもの（作品）はそこに存在しているだけである。本論はこの言語で語る単語の並びと形や絵の具の色そして共時的に存在する“概念”といった絵の要素を同類のものとして考えて、表現者と見る側との関係について記号学的に考察する。

1. スキーマについて

子どもの絵の発達段階においては、0歳から2歳のなぐりがき期に、子どもたちは即時模倣や直接模倣の繰り返しにより、反復して表現＝形を描くことができる能力を身につけている。子どもは最初一本の線を描いてみる。そしてその線を真似てもう一本描いてみる。手をぐるぐる回したら、ぐるぐる巻きの線ができる。子どもはまたその線を真似て描いてみる。



やがて子どもたちは延滞模倣の力を身につける。つまり目で見た形を何度も何度も画面に描き続けることでケロググの言うスクリブルを体得するのである。

次に子どもたちは象徴期を迎え、見る側の私たちにはまだよくわからない形に言葉を付与していく。その形の意味は周囲から見ても、よくわからない。しかし2歳を過ぎる頃には子どもたちは、毎日たくさんの言葉（単語）を対象物に対応した音として覚え、そんな中でやがて子どもは頭足人を描くようになる。子どもたちはある日これを「ママ」と呼び「パパ」と呼ぶ。また2つの頭足人を描いて「パパ、ママ」と呼び、やがて3つ目の頭足人を描き入れ、それが自分であり、家族であることを説明する。子どもたちは、なぐりがき期に体得したさまざまな線や点を組み合わせてやがて図記号である頭足人を表現する。



こうした発達活動は、認知心理学の立場からピアジェによる「同化」と「調節」の能力の獲得により説明することができる。私たちは発達の過程で新たなものに会おうたびに今までの知識体系と同化（再生的、般化的、再認的）・調節して低いスキーマの獲得から高次元のスキーマの獲得がなされていく。

こうして頭足人をはじめとする図記号は、表現する幼児と周りでその絵を見る親や指導者と初めて共通の記号として意味と形を相互に理解し合えるのである。子どもの絵の発達は言語能力の発達とリンクして、図記号（スキーマ）による概念図を構成し、人間の記号化能力の発達と関連づけられることが、いままでの研究で説明できる。

またそこでは幼児の言語や理解や発達期には、ソシュールの言う人間はそもそも言語と記号の生き物であり、なぐりがきを通した試行錯誤の後、記号化能力の獲得の第一歩がここに成立していることを確認できる。幼児は自分の意思で描いた図記号の絵を通して、初めて他の人間（周囲の保護者や保育者）とコミュニケーションを行うのである。

次に上記のように、子どもの絵の発達の研究では、幼児によって作られた作品は同時に自らまた周囲から言葉によって語られる宿命にあることが明確にされなければならない。

前論では、美術的な作品を作る者と見る者との関係の中で捉えようとして記号学的視点にスキーマ理論を絵の発達の過程の理解に組み込んでいった。スキーマは私たちの生活の中でいたるところに見出すことができる。スキーマ (schema) とは、もともと図や図式や計画のことを指す言葉で、今では様々な分野で広く用いられる言葉である。ギリシャ語の $\sigma\chi\eta\mu\alpha$ が語源。「スキーム」 (scheme) とスキーマはほぼ同じ意味である

が、一般にスキームが具体的にほとんど完成された計画や図を意味するのに比べて、スキームはおおまかなそれを指すことが多い。

鈴木克明、渡邊あやによれば、スキーム (Schema) とは、知識を構成するモジュールとして仮定される心理学的なモデルのことを指す。発達心理学者ピアジェによって概念化されたシェマ (Schema) にさかのぼることができる用語である。

鈴木・渡辺によれば、「スキームは、ヒトが情報を理解するうえで、重要な役割を果たすことがさまざまな実験でわかってきた。スキームを「活性化」させることによって、ヒトは次に来るシーンを予測したり、行間を読んだり、またスキームに頼りながら過去の経験を思い出ししたりする。「たぶんこうなるだろう」という予見を与えるのもスキームの機能だとされる。」

鈴木・渡辺は先行オーガナイザとしてキリスト教のことをスキームの例に挙げている。

「キリスト教スキーム（あるいはより一般的な「宗教スキーム」）によって、仏教にもたぶんこんなことがあるだろう、とか、仏教の○○はキリスト教の△△と同じね、とって理解を進めていくと考えられている。たとえば、高級レストラン（洋風でなければならぬ！）に入れば、まずオードブルが出て次にスープが出るという予見を持ちながら我々は安心して食事をするができる。これは我々が過去の経験から編み出した「レストランスキーム」によるものとみなされるのである。過去に高級洋風レストランに入ったことがない人（あるいは知識としても「高級洋風レストランにおける料理の出方」を知らない人）にとっては、次に何が出そうかはまったく分からない。それは、その哀れな主人公が、「レストランスキーム」を所有していないからである。」と説明される。

レストランに行き、食事をする際にはレストランスキームが必要となる、またトイレの際のトイレスキーム、手紙や文章を書く際にも起承転結や拝啓から始まる一連のスキームがある。生活の中、あるいは社会の中のいたるところに約束事やパターン化された習慣があり、私たちは多くさまざまなスキームの関係性に身を預け安住の世界を獲得している。スキームとは社会的な約束事（ルール）であり我々は我われが作りあげてきたスキームの支配の中で自己の生活を安定させているようにもみえる。

それはまた私たちの生活の中で当たり前のように使われている日本語というコミュニケーションスキームについても同様なことが言える。私たちは生まれながらに国語として日本語を身近なコミュニケーションの道具として習い、さまざまなスキームを概念化し、体系化している。辞書を作り意味を明確にし、我われが生活するのに発する言葉はこの国語という体系・掟・約束事＝共通の概念があって初めてお互いのコミュニケーションを図ることができるということになっている。

丸山圭三郎は、日本におけるソシユール研究の第一人者であり、著書のなかったソシユール記号学の理解を多方面に応用した研究者である。ソシユールの記号学は、文化学であり文化諸事象に言語的・構造的な共有点を見出していこうという学問体系であっ

て、ソシュールはその言語学的な原理をいくつか見出していた。丸山はその原理は、「体系の概念」であり、「言葉の二重性の原理」であるとしている。二重性の原理とは、言語はいつも「シニフィアン＝意味するものとシニフィエ＝意味されるもの」、「ラングとパロール」、「共時と通時」、「連辞と連合」と呼ばれる考え方で捉えられることである。丸山によるとこの言語学的な二重性の捉え方は、われわれが話す言語的な活動が基礎となり、したがってあらゆる人間の文化的な活動に類似・共通した特徴をもつものであるとしていて、言語学というよりも幅広く記号学であることを、強調している。これは我われ人類が他の生物とは異なり、言語活動が高度に発達したため、「言語や記号を用いた思考回路が我われ人間を作り上げている」といった構造学的な視点に立った思考方法であり、前述のピアジェもソシュールの強い影響を受けている。

記号学的な視点からいえば、例えば上記のスキーマ理論とラングとパロールを比較検討してみると、がんじがらめに約束された国語辞典や漢和辞典、国語の教科書による文章の書き方はラングとして考えられる。これに対し最近の若い人たちの間ではやっている省略した言い方や、短くして聞きなれないファーストバーガー店の名称は新しいパロールとして考えることができる。ラングはルールでありスキーマである。一方このルールに従って本来は正しい日本語を使い正しいコミュニケーションを行うべき日本人ではあるが、年代ごとにあまり使わなくなる言葉は忘れられ、新しく多くの若者に使われる言葉は次の時代の現代辞書に書き入れられていく。したがって言葉とは生き物であり、パロールはラングによる制約を受けるが、約束事（としての概念）であるラングやスキーマも人々の生活様式の変化によりその内容が変化していかざるを得ない。これが両者の関係であり、スキーマという概念は、社会の約束事であるラングを生活様式として一般化したものであり、スキーマは何々の仕方、方法として私たちの生活に秩序を与え、同時に制約を与えるものである。

鈴木、渡辺によれば、「スキーマ理論においてリーディング・コンプリヘンションは、読み手がテキスト（text）の活字から受動的に意味を汲み取る行為ではないと考えられています。」という。

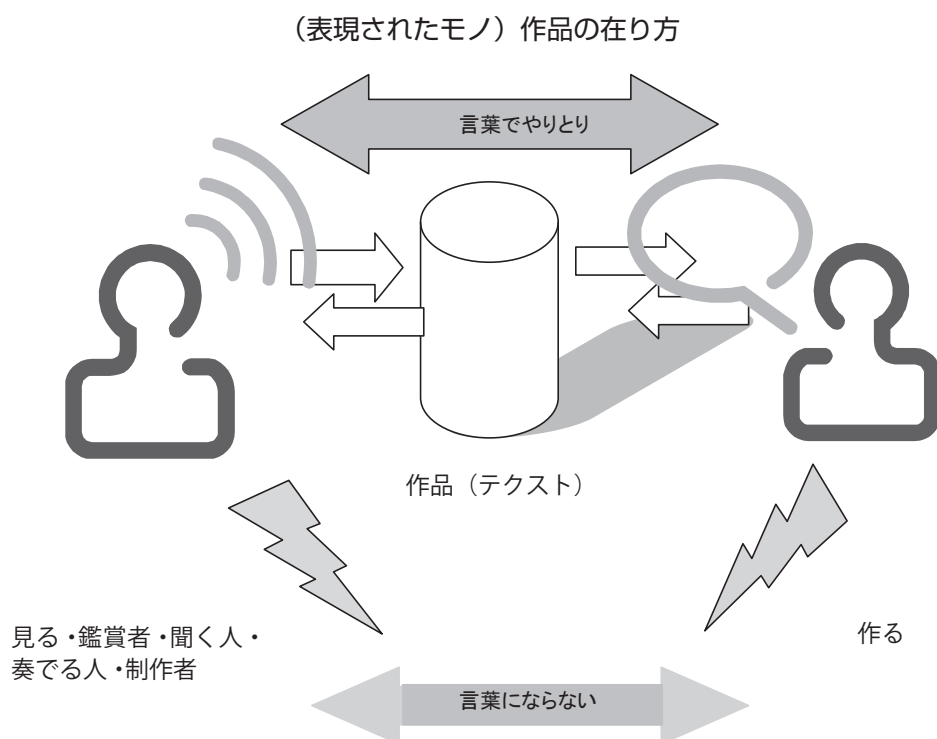
「スキーマ理論ではリーディング・コンプリヘンションをスキーマ（Schema）と呼ばれる読み手の持つ先行知識（priorknowledge）とテキストの間の相互作用によって内容を再構築するプロセスとみているのです。どういうことかというスキーマ理論では各個人の雑多な知識や経験はスキーマと呼ばれる数多くの構造的知識として認識されていると考えられています。そしてそのスキーマは記憶の呼び出しや判断、理解等のあらゆる認知活動にも関与しているのです。

スキーマ理論によると読解は次のようなプロセスであると考えられています。つまり読み手はテキストに含まれる何らかの鍵（cue）を基にして自分のスキーマから最も適切なものを呼び出しています。そうやってテキストの内容を再構築（reconstruction）しておるというわけです。この再構築した内容とテキストの与える情報が合致すれば理解

(comprehension) の状態に達したことになります。ですから読み手にテキスト理解に必要なスキーマが無かったり、間違ったスキーマを呼び出した場合は理解できなかったり、書き手の意図とは違った解釈をしてしまうというわけです。そしてこのスキーマは一部修正したり、あるいは古いスキーマを基に新しいスキーマを創り出したりすることによって増殖していくと考えられています。またスキーマの範疇は一般的に2つに分けられます。一つは社会的あるいは文化的題材に関する内容スキーマ (contentschema) です。そしてもう一つはテキストの構成や言語的なことに関する形式スキーマ (formalschema) と呼ばれるものです。」

ソシュールの言語の二重性の原理との関連性で以上の説明から言えることは、ある社会システムの中で同じラングを用いてパロール活動をする際に、その人その人の先行知識や環境によってスキーマを読み違えたり、間違ったスキーマを呼び出すことがあり、そこでは書き手とは違う読み手のテキストの再構築を行っている。食い違うことにより、書き手（表現者）と読み手（受け取り側）それぞれの連辞的なものの配列の調整から連合的な、何か別のスキーマを必要としているというテキスト内容を模索し始めるように変化していく。

またそれは子どもの絵をはじめとする表現されたモノ＝作品に対しても同様のことが指摘できるのではないだろうか。以下は表現モノあるいは表現された作品についてを、テキストとした時の表現者と受け取り手との関係を図示したものである。



2. 連合・範列から文体練習へ

ソシュール言語学の流れの中で、1931年デンマークのコペンハーゲン学派のルイ・イエムスレウ（Louis Hjelmslev）はソシュールの記号学の「連辞と連合」に関する研究を行っている。特に「連合」に関するところには「範疇」が関わっていると、言っている。町田によればイエムスレウの「範疇」を決定する原理は文法的な働きを表すためにであり単語の分類は、単語が表す意味ではなくて他の単語との「関係性」にその本質があるとした。

町田によると「イエムスレウは、「関係性」という概念を中心にして、言語の本質を探究するための研究をすすめる、その成果は1943年の「言語理論の基礎」という題名の著書で発表されています。この著書で展開された言語理論を彼自ら「原理学」（glossematics）と呼びました（「言語素論」と呼ばれることもあります）。」

イエムスレウは言葉に帰納法的方法で観察した場合、どんな言葉にもあてはまるある一定の「範疇」が得られる、というもので、イエムスレウは言葉を使った資料をテキストと呼び、テキストを構成する要素として文、文節、単語、音節、音素などを挙げている。町田は「言葉にはソシュールがいう線状性の関係があり、例えばテキストには主語、述語といった要素間の連辞関係があります。主語をP、述語をQとすると通常PはQである、という対応はQはPであるといい替えられるものを連帯関係と呼んでいます。しかし名詞と形容詞の間ではかならずしもこの関係ではありません。赤い花を例にとると、赤い花はあっても花は赤いものがすべてとは言い切れないからです。形容詞があれば必ず名詞はありますが、その逆はいつも成立するとは限りません。形容詞をPとし、名詞をQとした場合、PならばQは成立しますがQならばPは必ずしもいつも成立しません。これは選択関係と言います。」と説明している。

また町田は、「イエムスレウは「は」という助詞について、「太郎は学生だ」や「駅は近くにある」のような表現で用いられる様に、「は」があれば必ず名詞が付随します。しかし「が」などの言葉が用いられた場合もあることから、一見選択関係にあるように思われますが、「太郎は学校に行きはした」、「金なら少しはある」のように名詞が動詞や副詞とも一緒に使われることもあります。この場合を結合関係と呼びました。このようにイエムスレウはソシュールの連辞関係を掘り下げて、連辞関係を範列関係と呼びました。イエムスレウは、範列関係にあって体系を作る要素間にも、連辞関係にある要素と同じ性質の関係があるとして、それぞれ「相補関係」「特定関係」「自律関係」と呼んでいます。」と言っている。

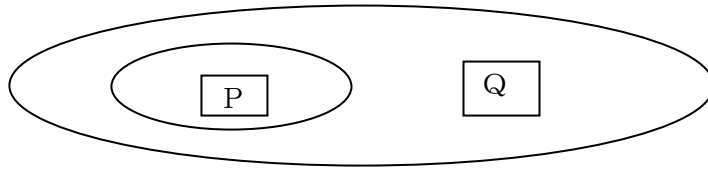
$P \longleftrightarrow Q$ $P \longrightarrow Q$ $P \vee Q$

連辞関係—連帯関係 選択関係 結合関係

範列関係—相補関係 特定関係 自律関係

この中で、 $P \longleftrightarrow Q$ という関係は「Pが使われていればQも使われている」という関係であり、これをイエムスレウは「同値」関係と呼び、また $P \longrightarrow Q$ という関係は「P

が使われているときはいつもQが使われているが、その逆はない」という関係であり、つまりQが使われる条件にPが使われる条件が含まれると言える。下図参照



さらにイエムスレウはこの関係を「包含」関係と呼ぶ。整理していくと連辞関係（構造を作る関係）と範列関係（体系をつくる関係）の中に、「同値関係」と「包含関係」があるといっている。これはソシュールの連合関係をさらに一步推し進めたものであるが、連辞関係の構造上の同値関係にあるそれぞれの要素にそれぞれの範列関係の相補関係を結び付けていく過程で、表現者の主観やスキーマの影響が表れて本来の要素間の意味が書き換えられていく。

このように1つのテキストは他の人に表現として伝えていく過程で、同じような単語を組み合わせていても、さまざまな組み合わせが成立し、それはある一面を見ると1つの見方であり、ある一面からは違う表現となり、それぞれが受けるニュアンスは結果まったく違うものになりうる可能性を持ちうることを意味している。

レーモン・クノーによる「文体練習」は、たわいもない1つのメモが99通りの文体に変化し、言語遊戯的な側面を持ちながらも、1つのことを表すのに表現活動の多様性やまた受け止め方が実に多様であることを示している。

例 1. メモ

S系統のバスのなか、混雑する時間。ソフト帽をかぶった二十六歳ぐらいの男、帽子にはリボンの代わりに編んだ紐を巻いている。首は引き伸ばされたようにひょろ長い。客が乗り降りする。その男は隣に立っている男に腹を立てる。誰かが横を通るたびに乱暴に押してくる。と言って咎める。辛辣な声を出そうとしているが、めそめそした口調。席が空いたのを見て、あわてて座りに行く。

二時間後、サン＝ラザール駅前のコマ広場で、その男をまた見かける。連れの男が彼に、「きみのコートにはもう一つボタンをつけた方がいいな」と言っている。ボタンをつけるべき場所（襟のあいた部分）を教え、その理由を説明する。

この文書を基にして、3. 控え目としては次のように表現されている。

わたくしたちは、いっしょに移動しておりました。すばらしい知性に恵まれているとは言い切れないひとりの青年が、近くにいた紳士としばらく会話を交わし、それから席に着きました。二時間ほど後に、わたくしたちはその青年をふたたび見かけました。お友達と身だしなみについて語り合っておりました。

文書 4. 隠喩的には次のように表現されている

一日の盛りに、白っぽい腹の巨大なカブトムシのなかに缶詰にされた回遊イワシの群のなかで、羽をむしられたひよろ長い首の一羽の若鶏が、もの静かな一匹のイワシに向かって、突然ときの声をあげた。湿った金切り声が、空気を切り裂いてあたりに振りまかれ、やがて若鶏は真空中に吸い寄せられて、すっ飛んで行った。

その同じ日、くすんだ都会の砂漠のなかで、その若鶏がなにやらボタンのことで油を絞られている姿が目撃された。

また文書 5. では次のように表現されている。

文書 5. 遡行

もうひとつのボタンをつけたほうがいいな、きみのコートには、と連れの男が彼に言った。その場面が目にとまったのはローマ広場のことだったが、それより前にわたしは、あいた座席に腰掛けようと夢中で突進する彼の姿を見たことがあった。そのとき彼は隣の席の男に向かって、押すな、と文句を言ったところだった。というのも、停留所で誰かが降りるたびにからだを押されていたらしいのだ。この痩せこけた若い男は、見るからに滑稽な帽子をかぶっていた。それは満員の S 系統のバスの後部デッキでの出来事。その日の正午のことだった。

文書. 16では

上記の事柄を客観的に表現している

文書16. 客観的に

ある日の正午頃、モンソー公園のあたりを走るほぼ満員の S 系統のバス（現在の84番）の後部デッキで、私は非常に長い首をしたひとりの人物の姿に注意を引かれた。リボン代わりに編み紐を巻きつけた柔らかいフェルト帽をかぶっている。突然その男はとなりの乗客に文句をつけはじめた。客の入れ替わりがあるたびにわざと足を踏んでいると言うのだ。しかし男はすぐに議論を打ち切ると、あいたばかりの席に素早く腰を降ろした。それから二時間後、私はサン＝ラザール駅前でその人物の姿をふたたび見かけた。連れの男と声高に話しをしている。友人のほうが彼に向かって、コートの襟があき過ぎているから、誰かいい仕立屋に頼んでボタンをもっと上に付け直してもらおうといい、とアドバイスしていた。

これらの表現はさまざまな書き方をしているが、総じて読むとある程度イメージする光景が、浮かんでくる。この後もクノーは主語を変えたり、いろいろな立場からの視点を導入していく。このようにさまざまな視点から書き換えられていく文書は次第にテキストとしては、ときに客観性から離れ、ややもすると基のメモ 1 とは趣の違う風景をも想像させる。

私たちがひとつの表現と向きあうときは、その人の感情やその人がいた環境やスキーマにまさに影響された主観的な事実と向きあうことになる。ある表現されたもの（作

品＝テキスト）は、コミュニケーションを通して同じ文脈を共有することも当然あることだと思うが、場合によっては全く違う意味合いとして受け取られ、それに対する表現がなされることが理解できる。伝言ゲームを思い起こすと、ときにゲーム終了時には、はじめの話と全く異なり、その違いに大笑いすることがある。

しかしこのことを逆にいえば、われわれはそこにあるものとしての連辞的な要素をそれぞれの要素が持つ連合的・範列的な要素とリンクさせて、組み合わせていくことで新しい再表現を試みることができる。これが実は表現の多様性の根源であり、表現とは過去のラングをもとに、真似することから始まり、並べ替え、優先順位を入れ替え、つくりかえ、置き換えていくパロール活動であるテキストの内容を再構築（reconstruction）していることが、わかる。コミュニケーションをとる際、人はある言葉を真似、伝えようとするが、その時に自分の主観やスキーマから、自分が聞こえたように言い換え、話をずらし、またときには自分の都合のいいように聞き換え、次の相手に伝えていく。

自分の都合で話が変わっていくことは、世間にはよくあることで、それは噂話であり、滑稽なことにも偉人の伝説さえ時折本当の姿と違い驚かされることがある。ここでは真実とは、伝わった話を完全にどう伝えるかではなく、誰がどう聞いたかに基づいて伝わっていく。

そしてその表現方法の違いは、まさに表現の思想、表現の自由ではあるものの、われわれはこの連合的な能力＝テキストの内容の再構築に应用する能力を、子どもの絵の発達の中から一体いつ頃から体得しているのだろうか。

テキストの再構築とはある程度の連想作用のできる発達過程においては言葉の持つさまざまなイメージを持ちうるだろうが、図式期までの幼児の絵においては、限定的な図記号しか登場しない。

しかしやがて、なぐりがきに始まる子どもの絵は、パターン化された点や線を覚えて、今度はそこに言葉を付与するようになる。言葉には体系があり、図記号や言葉を獲得していく過程で、言葉には音と形、そして意味の体系があることに気づく。子どもたちは図記号に必ず登場する画面を横切る地平線、空には太陽や雲、お家にはボク、お花が咲いているといった図記号の組み合わせから、一步一步出会うシエマの体系を同化、調整し、空は青色、地面は茶色、雲は白色、太陽は赤か黄色といったふうに絵を組み立てていく。やがて小学校では国語や算数、理科や社会を学習して社会的に、常識的に、あるいは科学的にラングとして約束されたスキーマの体系を学習していく。成長にしたがい子どもは論理的で、科学的または客観的な視点を持つにいたる。子どもたちは、図工や美術の授業で遠近法を学習し、モノを立体的に描く方法を知る。さまざまな素材と接し、さまざまな表現も知る。子どもたちは、この時点で記号化された世界を知り、それにより構成されている学問や概念に触れていくことになる。これからどんな表現が生まれるのだろう。大方の人はそう考えざるを得ない。しかしその時ぐらいから、ローウェンフェルドをはじめとする多くの美術研究者が指摘する「絵を描かなくなる時期」のはじまりを予見するのである。

その後多くの一般の人は生涯を通して絵を描くことはほとんどない。あれだけ毎日描いていた絵は、筆者の学生及び幼稚園教諭に対する調査によれば約8割の方々は、絵に対する苦手意識を持ち、絵を描いて自己表現することに大きな抵抗を感じている。無論この時期になると社会的に忙しく、絵をのんびり描く余裕もない。一部の人はそんな中趣味として取り組むものの、多くは自己を表現するのに言葉を用い、話し合いや手紙やメールなどを通して必要なコミュニケーションをとっているのである。

3. 子どもの絵

幼稚園において4歳児に絵のテーマを与えた場合、幼児の絵の表現の中は、いくつかのパターンに分類できる。筆者は平成21年から23年の3年間甲府市内のある幼稚園での絵画発表会に講師として参加させていただいた時、2つの絵の課題について大変印象深い経験がある。1つはあるクラスでは正月に獅子舞をみて、絵の題材としたことだった。その時の獅子舞の迫力や怖い思いといった経験を絵に表現してみよう、という課題に取り組んでいた。2つ目も同じようにある時そのクラスでは孔雀を連れてきたところ、大変子どもたちが関心を示したので孔雀の絵についても課題が出ていて、子どもたちは、どちらを描いてもよかった。この幼稚園の特徴的な指導法として、まず描く対象に徹底的に興味を持ってもらうことだった。獅子舞の場合は一度見ただけでは収まらず、ダンボールで獅子舞の巨大なモデルを作って、怖そうだった獅子舞の口の中に実際入ってみて、獅子について十分に関心を持ったうえで描いていこうという環境構成を行っていた。孔雀についても実際に孔雀を飼育して、羽を広げた際の様子などを十分に見る機会を作っていた。

教師により選択され、掲示された絵を見てみると、例えば獅子舞を描いた子どもたちの絵には明らかにいくつかの共通する構図に分けることができた。あるグループは獅子舞のお大きく開けた口の中を、画面いっぱい描いていた。また獅子舞の踊る様子を横から描いたグループもあった。これはおそらく絵を描く際、テーブルを集めて子どもたちが絵を見せあいながら、また教師の指導に沿って描いた傾向（パターン）が見受けられた。同様に孔雀の絵についても羽を広げた構図などを描く子が何人かいてみごとに、共通して羽の詳細な模様が描かれていた。

このことは1つには、こどもが絵を描くということは、興味関心のあるものを描くことではあるが、多くの場合に指導者や保育者または保護者と一緒に描くことが多い。子どもは一人で描くが、コミュニケーションをとりながら描く場合、「よく見てみようね」と周りの大人の指導が子どもには強い影響力を与えていることを示している。また子どもはおそらく大きな獅子舞の口に強く印象を持ち、どのように描こうか考えているときに、「獅子舞の口はどんな風になっていたかな」という教師の指導は容易に考えられる。つまり、このとき子どもたちは見たものをそのまま表現しているのではなく指導される過程で、概念化された構図を描く力を身につけているのである。実際に段ボールで獅子舞を作り、その中で口の大きさを実感している素晴らしい絵が出来上がっていた。

子どもたちは、教師に指導を受け描き始めた友達の絵を真似る。そして教師は1つのパターンの絵をほめる。

するといつの間にかみんな同じ構図の同じような絵になっていく。指導の善し悪しを別にしてここでは、子どもはコミュニケーションを大人ととりながら描いていく。ということが絵を描く際大変重要であるということである。

以前筆者はある地域から騎馬像の制作を依頼され、画用紙にデッサンを描いていた。2歳すぎの息子はその脇でいっしょに絵を描き始めた。無言で描いていたが、ふと見るとまだなぐりがき期の発達過程であったはずなのに、その絵は、人が馬にのっているように見える。子どもはその絵を何度か記憶して描いた。

つまり、子どもたちは、周囲の像や環境の直接模倣や間接模倣の能力をこの時期に有しているのである。

なぐりがき期は、子どもたちは点や線を覚えていく。しかし何かのきっかけで大人の絵に、また大人とのコミュニケーションの中で、図式化、あるいは概念化された線や絵を知る。子どもはその形を今まで自分が蓄えていた線で真似ることができるのである。音を真似る。言葉を覚えていく。ある日私は運転をしているときに2歳すぎのこどもにこう聞かれた、「なぜ車を止めるのか」私は「信号が赤だからだよ」その繰り返しを何度もしているうちに、子どもは、赤はとまれ、青は進めという記号化された世界を知るようになる。これは社会的な概念であり、1つのルールである。この時子どもたちはまだいくつかの記号の図式しか知らない。したがって図記号（シエマ）の構成する絵はパターン化され、興味や関心の強い部分は大きくなり、遠近法は下から上へ積み上げられていく。そして子どもはやがて大人のある行為に気がつく。大人はそれを積極的に教えているわけではないが、その時ちょうど都合の悪い時、何気なく大人は話をずらし、子どもの興味を別の図式に移行させようとする。また大人にとって都合の悪い時、また現実的に実現困難な話を子どもがしたとき、子どもの機嫌をそこねないように、いわば嘘の、実際には起こらない、あるいは行かない場所の話をして、とりあえず子どもは「分かった」ということがよくある。

つまり、子どもの絵を取り巻く虚実の入り混じった概念の世界を子どもたちは次第に理解するようになる、それは現実と虚構の世界であり、必ず実行されるわけではない、ここにあるようにいわれるがここにはない世界、それはフィクションの世界であり、現実を一枚の紙に写し取ろうとした世界かもしれない、いづれにしても子どもたちは周囲の大人とコミュニケーションをとりながらいつの間にか、本当のことと偽りのことに気が付き、それを自ら真似るようになっていくのではないだろうか。我われはこうして連辞的な世界と連合的な世界とをいつのまにか自由に行き来するようになる。これはまさに先述のイエムスレウの範列の考え方であり、1つのテキストは伝えていく過程でそれぞれのニュアンスのとり方により全く違うものになっていくということを意味している。

読譜力を高めるための一考察

キーワード：ピアノ、音感、読譜力

藤 巻 真由美

1. はじめに

保育者を目指す学生にとってピアノが弾けることは必須条件である。そして、ピアノを弾きながら子ども達と一緒に歌うことが出来たら、保育は数倍楽しくなることであろう。

しかし、実際にはピアノの演奏技術は入学時より個人差があり、入学してから初めてピアノのレッスンを受ける学生を2年後の卒業までに保育者として必要なレベルに引き上げることは、本人の努力はのみならず、指導する側にとっても多くの労力と時間を必要とする。本学では、基礎技能（ピアノ）の授業では、学生をグレード別に初級、中級、上級の3クラスに分けレッスンを行っている。

毎年のことであるが、実習先からのピアノの課題、就職試験での弾き歌い、初見演奏など、ピアノだけが保育の総てではないと分かっているにもかかわらず実際に保育現場で求められるピアノの技術は高い。

就職先からのアンケートを見ても、毎年、ピアノの演奏技術が問題視されている。ピアノが上達するためには、まず読譜力を高めることが必要であると考え、学生のピアノに対する意識調査を基に今後の指導法についてまとめてみたいと思う。

2. 目 的

本研究では学生のピアノを苦手とする原因を詳しく探ると共に、保育現場で使われている幼児曲を分析し、その共通性から見た練習方法や指導法を考え、将来の保育士となる学生のピアノの演奏技術の向上を目的とする研究とする。

3. 調査方法

1) 学生のピアノの意識調査

本学1年生 76名にアンケート調査を実施

2) 保育現場で良く歌われている幼児曲60曲の構成について分析

4. 結果と考察

1) 学生のピアノの意識調査の結果 (67名より回答)

学生のピアノについての意識調査によると、ピアノを弾くのが好きか嫌いか？という質問については、嫌いという回答は0%であった。

しかし、演奏することが得意か苦手か？という質問では、苦手と回答した学生が全体の80%を超えていた。その理由としては、楽譜を読むのが苦手である、練習方法が分からず面倒であるという回答が多く見られた。また、授業以外での練習時間はどれくらいか？との質問に、放課後のアルバイトや自宅に楽器が無く、授業時間にピアノにさわる以外には練習が出来ない学生も予想より多いことに驚いた。また、短大の授業以外に個別のレッスンを受けているか？という質問には、入学前に数か月間習っていた程度であり、現在も継続して習っている学生は、全体の15%に過ぎず、どちらかと言うとピアノの進歩が高い学生の方に多かった。これは、ピアノを弾く楽しさを感じ上達しようとする意欲の表れであると考えられる。

保育者になるためにピアノは必要か？という質問では全員が必要と回答し、ピアノが上達するために必要なことは何か？という質問では、日々の練習という回答が殆どであり、学生は継続的な練習が必要であることを認識しているようであった。

アンケート結果から見る問題点として、年毎にピアノのレッスン経験が少ない学生が多くなって来ていること、音楽経験がある学生でも読譜力やリズム感に乏しく、他人の演奏を聴いて曲を覚えていく学生も多かった。

また教材についても、従来使用してきたバイエルは、学生にとって興味がわからないこと、幼児曲の伴奏譜は殆どがヘ音記号であるのに対し、バイエルではヘ音記号が出てくるのが遅いという問題点があった。

次に中学校の音楽の時間で、音符や休符の種類や演奏法について学んではいるが、その後に学習する機会もなく、音楽の基礎的な理論も一過性の記憶に留まり、本学に入学時には殆ど覚えていない学生が多かった。2年間の限られた時間の中でピアノの演奏技術を高めるのには、まず学生の読譜力をつけることが必要であり、そのためには、どのような方法で指導したら良いか考えてみたいと思う。

2) 保育現場で良く歌われている幼児曲の構成についての結果

・生活の歌

曲 目	拍子、調	音域	旋律に使用されている音符の種類
おべんとう	4分の2、ハ長調	ホ～ハ	
おはようのうた	4分の2、ハ長調	ハ～ニ	
おかえりのうた	4分の4、ハ長調	ハ～ハ	

はをみがきましょう	4分の2、ハ長調	ハ～ニ	
おかたつけ	4分の4、ヘ長調	ヘ～ハ	
さようならのうた	4分の4、ハ長調	ハ～ハ	
よいこのあいさつ	4分の2、ヘ長調	ハ～ハ	

・行事の歌

こいのぼり	4分の3、二長調	ニ～ニ	
たなばたさま	4分の2、ヘ長調	ハ～ハ	
とけいのうた	4分の4、二長調	ニ～ロ	
うんどうかい	4分の2、ヘ長調	ハ～ハ	
ジングルベル	4分の4、ヘ長調	ハ～ニ	
おしょうがつ	4分の4、ヘ長調	ハ～ハ	
まめまき	4分の2、ハ長調	ハ～ハ	
うれしいひなまつり	4分の2、二長調	ロ～ハ	
おもいでのあるばむ	8分の6、ハ長調	ハ～ニ	
1ねんせいになったら	4分の4、ヘ長調	ハ～ニ	
ハッピーバースディ	4分の3、ヘ長調	ハ～ハ	

・季節の歌

春

ちゅーりっぷ	4分の2、ヘ長調	ヘ～ハ	
ちょうちょう	4分の2、ヘ長調	ヘ～ハ	
こたりのうた	4分の4、ハ長調	ハ～ハ	
おはながわらった	4分の2、ヘ長調	ハ～ハ	
はるがきた	4分の4、ハ長調	ハ～ホ	
めだかのがっこう	4分の4、ハ長調	ハ～ハ	

夏

うみ	4分の3、ト長調	ニ [・] ニ [・]	
シャボンだま	4分の2、ハ長調	ト [・] ハ [・]	
みずあそび	4分の2、ト長調	ニ [・] ニ [・]	
南の島のハメハメハ大王	4分の4、ヘ長調	ハ [・] ニ [・]	
おばけなんてないさ	4分の4、ハ長調	ハ [・] ハ [・]	
あめふりくまのこ	4分の2、ハ長調	イ [・] ハ [・]	
きらきらぼし	4分の2、ヘ長調	ヘ [・] ニ [・]	
かたつむり	4分の2、ニ長調	ニ [・] ニ [・]	

秋

とんぼのめがね	4分の2、ハ長調	ハ [・] ハ [・]	
どんぐりころころ	4分の2、ハ長調	ハ [・] ハ [・]	
まつぼっくり	4分の2、ヘ長調	ハ [・] ハ [・]	
こおろぎ	4分の2、ハ長調	ハ [・] ハ [・]	
むしのこえ	4分の2、ヘ長調	ハ [・] ハ [・]	
きくのはな	4分の2、ハ長調	ハ [・] ハ [・]	
やきいもグーチーパー	4分の4、ハ長調	ハ [・] ニ [・]	
大きな栗の木の下で	4分の2、ハ長調	ハ [・] ハ [・]	

冬

たきび	4分の2、ヘ長調	ハ [・] ハ [・]	
ゆきのぺんきやさん	4分の2、ヘ長調	ハ [・] ハ [・]	
ゆきのこぼうず	4分の2、ヘ長調	ハ [・] ハ [・]	
ゆき	4分の2、ヘ長調	ヘ [・] ニ [・]	
コンコンクシャンの歌	4分の2、ヘ長調	ハ [・] ニ [・]	

・その他の子どもの歌

おもちゃのチャチャチャ	4分の4、ハ長調	$\dot{\text{ハ}} \sim \dot{\text{ハ}}$	
かわいいかくれんぼ	4分の2、ヘ長調	$\dot{\text{ハ}} \sim \dot{\text{ハ}}$	
すうじのうた	4分の2、ハ長調	$\dot{\text{ハ}} \sim \dot{\text{ハ}}$	
てをたたきましょう	4分の4、ハ長調	$\dot{\text{ハ}} \sim \dot{\text{ハ}}$	
むすんでひらいて	4分の2、ハ長調	$\dot{\text{ハ}} \sim \dot{\text{ハ}}$	
おおきなふんどけい	4分の4、ヘ長調	$\dot{\text{ハ}} \sim \dot{\text{ハ}}$	
世界中のこどもたちが	4分の4、ハ長調	$\dot{\text{ニ}} \sim \dot{\text{ニ}}$	
おなかのへるうた	4分の2、ハ長調	$\dot{\text{ハ}} \sim \dot{\text{ハ}}$	
アンパンマンマーチ	4分の4、ハ長調	$\dot{\text{ハ}} \sim \dot{\text{ホ}}$	
さんぽ	4分の4、ハ長調	$\dot{\text{ハ}} \sim \dot{\text{ニ}}$	
ミッキーマウスマーチ	4分の2、ヘ長調	$\dot{\text{ハ}} \sim \dot{\text{ハ}}$	
もりのくまさん	4分の2、ハ長調	$\dot{\text{ハ}} \sim \dot{\text{ハ}}$	
アイアイ	4分の4、ハ長調	$\dot{\text{ニ}} \sim \dot{\text{ニ}}$	
おつかいありさん	4分の2、ハ長調	$\dot{\text{ハ}} \sim \dot{\text{ハ}}$	
ぞうさん	4分の3、ヘ長調	$\dot{\text{ハ}} \sim \dot{\text{ニ}}$	

以上60曲でそれぞれの拍子記号、調、音域、リズムのパターンを分析して見ると、拍子記号は殆どが4分の2拍子及び4分の4拍子で、4分の3拍子は3曲だけであり、8分の6拍子は1曲だけであった。また使われている調は、ハ長調、ヘ長調、ト長調が殆どであり、稀にニ長調の曲があった。音域は、 $\dot{\text{ハ}}$ から $\dot{\text{ハ}}$ 及び $\dot{\text{ニ}}$ までの9音くらいであった。リズムの種類は、 $\text{♪} \text{♪}$ が沢山使われていた。特に生活の歌については、幼児曲の明るさ、楽しさを表現するためか、 $\text{♪} \text{♪}$ のリズムが全ての曲に多く取り入れられていた。

しかし、 $\text{♪} \text{♪}$ のリズムは苦手な学生が多く、特に保育現場で毎日歌われる「おかえりのうた」（楽譜1）では、終始 $\text{♪} \text{♪}$ のリズムが繰り返されるが、左手の伴奏が入ると ♪ というリズムで弾く学生が多い。また「おべんとうのうた」（楽譜2）は、 $\text{♪} \text{♪}$ のリズムの後に ♪ のリズムが使われ、 $\text{♪} \text{♪} \text{♪}$ と弾かずに $\text{♪} \text{♪} \text{♪}$ と間違えて弾く学生が多い。

① おかえりのうた

天野蝶 作詞／一宮道子 作曲
橋本晃一 編曲

1. きょうもたのしく すみました なかよしで かえりましよう
2. おりがまつみきも かにづけて おかえりおしくできました

せんせいさよなら またまたあした
せんせいさよなら またまたあした

② おべんとう

天野蝶 作詞／一宮道子 作曲
橋本晃一 編曲

1. おべんとう おべんとう うれしい な
2. おべんとう おべんとう うれしい な

おても きれいに なりました
なんでも にべまは よくかんで

みんな そろって ごあいさつ (いっしょに)
みんな すんだら ごあいさつ (ごちそうま)

恐らく保育現場に於いても、そのような現象が見られているのではないと思われる。毎日歌う生活の歌は、頭の中に入っていて保育者が楽譜を見ずに暗譜で弾くために、思い込んでいる旋律で子ども達は毎日歌い続けているのである。この2曲については、昔から歌い継がれている曲であり、作詞者、作曲者ともに同じ曲である。両者が子ども達への思いを込めて作った曲が正しく歌い継がれていないことは非常に残念である。

ゆえに、保育者の読譜力を高めピアノの技術を向上させることが、幼児期の子ども達の音感を育てていくものと感じるものである。楽譜が読めるようになるためには、まず音感をつくることである。つまり、音の高さに対する感覚を磨くことである。音楽の文字である音符は、主に音の高低と長さを示したものであり、それが理解できないことには楽譜は読めないことになる。

しかし、音の高低と長さを一緒に覚えるのは大変であり、まず音の高低から理解することが大切であると考え。それは、メロディーを音階で歌うことにより、言葉と音を

結びつけることができる。

今年の11月に実施した本学の人形劇、オペレッタ公演の際、多くの子ども達が会場内に流れた「小犬のマーチ」を「ミドミドミソソ」とピアノに合わせ最後まで階名唱していた。これは、保育現場で器楽合奏練習の際に、繰り返し階名唱の練習をしたために、音程通りの階名唱ができたと考える。ちょうど言葉を覚え始めた幼児が、周りの大人から話かけられる中に自然に言葉を身に付けて行くように、階名で歌ったメロディーがあれば自然に身に付く能力である。メロディーを歌詞だけでなく階名で歌うことにより、きわめて容易に音感を身に付けることができる。

学生についても、まず音感をつけることから始め、幼児曲で使われている音域を中心に繰り返しながら練習し、瞬間時に音を判断する力をつけることが大切である。言い換えれば、論理的思考力より、直観的に判断する機械的思考力を必要とする。

次にリズムであるが、幼児曲では特に速度や複雑なリズムパターンは使われていないことでリズムのパターンが非常に似かよっている。

実際に学生が苦手としている「おかえりのうた」を、初級クラスの学生28人に何度も階名唱させたところ、学生全員が音の高低とリズムを理解しながら弾けるようになってきた。旋律が弾けるようになった学生に、同じように左手も音階で歌い、リズムをつけて弾く練習をし、フレーズ毎に合わせたところ、殆どの学生が両手で正しく弾けるようになった。

5. まとめ

後期の授業アンケートによると「自分だけで練習しているときは、楽譜が読めずに自暴自棄になることもあったが、コツを掴むことで少しずつ弾けるようになって良かった。」という学生の声が多く返ってきた。こうした試みで、学生の苦手意識を少しでも取り除くことが出来たことが練習への意欲に繋がっていきえると思われる。

短大の保育科に入学し、初めてピアノを習う学生が2年間で保育現場で実践できるピアノの技術を身に付けることは容易なことではないが、今後は授業の中で読譜力をつける訓練をすることで、学生のピアノへの取り組みの変化を調べてみたいと思う。

参考文献

- 「楽譜が読めるステップ12」 甲斐 彰 音楽之友社
- 「やさしい楽譜の読み方」 相原 未治 音楽之友社
- 「こどもの歌ベストテン」 坂東貴余子 ドレミ楽譜
- 「保育のうた、こどものうた120」 長谷川久美子 シンコーミュージック
- 「こどもの歌名曲アルバム」 松山祐二 ドレミ楽譜

音樂經驗調查

この調査は、学生の皆さんの基礎技能（器楽）についての1年間の取り組みについてのアンケートであり、このアンケート結果を分析し、今後の皆さんのピアノの技術向上の為に指導に役立てる目的の調査ですので、ご協力をお願いします。

質問 1 - (1)

本学に入学する前にピアノを習った経験がありますか

- ①ある ②　ない

質問 1 - (2)

①あると回答した方は下記の中から進度を選んでください

- ①殆ど進んでいない ②バイエル前半程度 ③バイエル終了程度
④ブルグミュラー程度 ⑤ソナタ程度

質問 2- (1)

ピアノを弾くことが好きですか、嫌いですか

- ①好き ② 嫌い ③どちらでもない

質問 2 - (2)

②③と答えた方は、その理由を下記の中から選んでください

- ①楽譜が良く読めない ②練習が面倒 ③指導が理解できない
④その他（

質問 3

ピアノの授業で弾く曲をどのようにして覚えますか

- ①楽譜をみて覚える ②弾いているのを見て覚える
③友達から聞く ④授業の時に先生に質問する
⑤ その他（ ）

質問 4

短大でのピアノの授業の他に個人レッスンを受けていますか

- ①受けている ②受けていない ③受けていたがやめた
④これから受けようと思う

質問 5

1 週間のピアノの練習時間はどれくらいありますか

- ①授業以外には殆どない ② () 時間くらい

質問6－（１）

保育者になるためにピアノは必要と思いますか

①必要

②必要ない

③どちらとも言えない

質問6－（２）

②③と答えた方はその理由を記入してください

質問7

ピアノが上達するために必要なことは何か記入してください

（ ）

質問8－（１）

幼児期の音楽の発達に保育者のピアノの技術が影響すると思いますか

①思う

②思わない

③どちらとも思わない

質問8－（２）

②③と答えた方はその理由を記入して下さい

（ ）

ご協力ありがとうございました

コミュニケーション能力の育成・・・ とくに「言う」力について

石 井 秀 夫

1 はじめに

近年、「社会人基礎力」や「コミュニケーション能力」が、とくに就職を控えた学生にとって重大な問題になっている。これまでコミュニケーションについて学ぶ機会もなく、またそのような教科も存在しない中で、就職のときに、突然「コミュニケーション能力が大切だ」といわれても、困惑するばかりである。「コミュニケーション」とは何なのか、何をどう学べばいいのか、どのようにすればコミュニケーション能力が身に付き、人間関係を築く力がつくのか、大方の学生は途方に暮れているのが現状であろう。

保育士養成課程においても事情は同様である。保育士の能力として重視されるのは、知識の量よりも、人に対する対応能力である。たとえ学力があっても、園児、同僚、園長、あるいは父兄と対応できなければ、知識は役に立たない。学んだ知識が役立つためにも、人とのかかわりあうことができる「コミュニケーション能力」が求められている。

というのも、保育という仕事は人間関係の中で実践されるものだからである。サービス業の基本は人間関係にあるが、なかでも「保育」は、「教育」や「看護」などとともに「人間関係」そのものを基本的スキルとする専門職である。事実、保育士養成課程においては「保育内容演習（人間関係）」という科目を必修科目として設定し、「人間関係」への理解を深めることが求められている。

「人間関係」について考察する場合、人間関係を外側から傍観者的に分類・整理しても、現場で人間関係を実践している人にとってはほとんど意味がない。第三者的な知識と実践的能力とは、別々のジャンルに属するからである。本稿では、実践する者の立場に立って人間関係を築く力について考えてみたい。

実践の場では「言う」でも「聞く」でもあるような分かちがたく結ばれたコミュニケーション現象を理解するために、ここでは、両者のうち「言う」あるいは「話す」力に焦点を当て、「自分の思いを表現する」、「自分から一歩前に出て話をリードする」などの側面について考えてみたい。

なお、本稿では目の前にいない他者との関係にも使われる「人間関係」と、おもに目の前の他者とのやり取りに使われる「コミュニケーション」とを、ほとんど同義に用いている。

2 どんな問題が起こっているか

まず、次の新聞投書をご覧ください。

「就活に苦勞する息子へエール」 大分県 主婦 Y 63歳

息子は今、大学4年生、就活中である。二十数社受けたが、面接でだめだったという。50社受けるのも普通というが、息子を見ていると酷な気がする。一社一社受けるたびに企業を分析し、夢を持ち、努力するのだ。結果を待つ気持ちはいかばかりか。就活が続く数カ月間、不安と、「もしかしたら」という希望の間で揺れ動く日々だ。

息子が焦点を絞ったのはある小さな企業で、面接もうまくいったし、内定ももらえそうということだったが、最終選考で落ちてしまった。その時は、「僕はコミュニケーション能力がない。これまでの勉強は何だったんだ」と落ち込んだ。はては「1人で起業して世の中を変える」など途方もないことを口走った。

ゼミの仲間のほとんどが就職を決めており、心中は察するに余りある。「もう少し受けてみる」と、大学のキャリア支援室の先生に相談しているようだ。就活は点数を競う大学受験とは違う。息子が大人の世界に突き当たって、自分を見失ってしまわぬよう願うばかりだ。(2012. 6.20朝日新聞)

新聞、雑誌などの心の相談コーナーでいちばん多い質問は、「人とうまくコミュニケーションできない。」というものである。就職を控えた学生でなくても、「コミュニケーション」に関する悩みは広く共有されたものであると思われる。

3 現代社会のコミュニケーション状況

産業の中心がものづくりからサービス産業へ変化していく中で「コミュニケーション能力」はますます重要視されるようになってきた。年配世代であればたとえ「コミュニケーション能力」に多少の問題があったとしても、作業現場や生産工場など、働く場はあった。しかしながら現代社会はサービス業中心の時代である。この時代に求められる主要な能力は、リースマンがかつて「他人指向型」(D. リースマン1964)と規定した「他者と協調してうまくやっていく力」、すなわち「コミュニケーション能力」である。変化の激しい現代という時代が、コミュニケーション能力を求めているのである。若者の「自分を表現する力」はどのような状況にあるのか。内田は三砂との対談の中で次のように言う。

「顔に表情がない、声にもない、服装にもない、身体運用にもない、使える言語が一種類しかない、言葉を使い分けることができない。どこにも表情がない。」(内田、三砂2010 p.165)

「自分を表現する」ということはどういうことだろうか。人はひとりひとり異なった存在であり、当然、異なった感覚をもっている。学生の中には、人とは違う自分独自の感覚、意見、考え方を表明するという、この第一歩がすでに困難である場合がある。小学校以来、教師の話を受け身で聞くだけで自分の意見を言う機会がなかった学生にとって、自ら進んで発言することには慣れていないということであろうか。もしかしたら、学校において教師の話聞いていたのではなく、聞いているふりをしていただけなのかもしれない。ふりをしていただければ、他者との対話がそもそも存在していなかったということである。対話をしたことがなければ、コミュニケーション能力が鍛えられるはずはない。自分がいまどういう感覚を感じているかさえ確認しないまま、12年間の学校教育を過ごしてきたため、自分を表現することができなかったのではなかろうか。

一般に大勢の人の前で自分の考えを表現することは容易ではない。地位の高い人の前で自分の意見を正直に伝えることも容易なことではない。内田や三砂が問題にしているのは、このような高度な表現能力のことではない。日常生活において自分独自の感覚を表現できないことが問題なのである。ただ黙ってその場をやり過ごしてしまう。人の後ろに身を隠して自分を殺し、流れに任せて無難に、何事もなかったかのように振る舞う。そうしているうちに自分は次第に会話の輪から外れ、ひとり取り残されてしまう。自分以外の人たちも、ただいるだけで何の発言もない人物の存在を無視し始めるであろう。

自分がひとこと発すれば、会話に新しい息吹が吹き込まれ、他者とともにつくる共同世界が新しい展開をみせる。反対に、自分の世界に閉じこもっていると、自己は次第に表情をなくし、平板で、意見もなく、批判力も麻痺した、死んだ存在になってしまう。

「自分」を表現するためには、まず「自分」を前に出さなければならない。自分を一歩前に出して、他者との対話の中に置かなければならない。このことができないことが問題なのである。

なぜこのような問題が起こるのだろうか。フロムは、健康だと思われている現代人の大部分に共通に見られる病理を「機械的画一性」と呼ぶ。このタイプの人間は、他人の意見を自分の意見と錯覚し、他のひとびととまったく同じような状態になりきってしまう。簡単にいえば、個人が自分自身であることをやめるのである（E.フロム1951 p.203）。「われわれは、思想や、感情や、願望、さらにまた官能的感覚さえも、自分自身のものと主観的に感じながらもつことができる」（同 p.207）。

精神的な諸活動の創造者である自己は本来独創的である。しかしながら、自分を殺し、自分の感覚を表明しないまま他者に迎合し続けていると、本来の自己は次第に弱体化し、批判力が麻痺し、独創的な感覚も失せてしまう。自分を表現するためには、自然に生起する自分の感覚、感性を無視せず、それを大切に育てていかなければならない。たとえば、身近に起こる些細なことについてぼんやり流してしまわずに、自分のことばで表現してみなければならない。

「このラーメンおいしいね。」でも「この映画よかったね。」でもなんでもいい。はじ

めは初歩的で幼稚な感覚、感想であるのは致し方ない。正直な自分の感想を口に出して、他者の批判にさらしてみることである。子どものころから「言う」ことに慣れてきた人にとっては、ことさら問題にもならない「自分を表現する」こと、いいかえれば「表情がある」ことが、自分を表現したことのない人にとってはひどく困難で、どこから手を付けていいのかわからない難題である。では、実際問題として、どこから始めたらいいいのか、考えてみたい。

4 一歩前に踏み出す

自分を表現するということは、自分の正直な気持ちを表明できる人、「言う人」になるということである。そのためにはまず、自分を一歩前に出す訓練が必要である。人の後ろに身を隠さず、文字通り一歩前に出てみることで、自分を人前にさらすことは、表現するための第一歩である。「顔をあげる」ことも、練習の第一歩としては有益であろう。「胸を張っているか」、「相手の目を見ているか」など、自分が相手に正面から対応しているか考える必要もある。相手を見る姿勢ができていれば、自然に声が出て、自分を表現することができるようになる。和田は「自分の好きなもの」を言うことから始めたかどうかと提案している。

「まず、『これが好き』とはっきりいえる人間をめざしてみてください。『これが好き』は理屈ではありません。好みはあくまで感覚的なものですから、理由を説明する必要もありません。『なぜ』と訊かれたら『好きだから』でいいのです。

むしろ、理屈を交えないで感情だけで『これが好き』といえる人間です。人物、食べ物、アルコール類、小説や映画、作家や俳優、タレント、ミュージシャン、画家、作曲家、ファッション、スポーツ、——とにかくどういう分野であれ、自分の好みをはっきり口に出すことです。」(和田2011 p.88)

自分の好きなことを口に出してみることは、独自の思想を表明することに比べて、発話のハードルは低い。他人任せに「どこでもいいです」とか「任せます」と言われるより、「これが好き」とはっきり言ってもらったほうが、むしろ相手に喜ばれることが多い。(和田2011 p.98)

自分の好きなものは、他人が何と言おうと自分の感覚である。しかも好きなものと言ったからと言って人から反発を受けることは少ない。たとえば自分は「椎名林檎の歌が好き」といった場合、椎名林檎を嫌いな人には「ええーっ」という顔をされるかもしれないが、その人を傷つけるわけではないから聞き流してくれることが多い。自分を表現する練習としては、相手が聞き流してくれるようなことを口にしてみることがいい。普段の生活で「このラーメンおいしいね」と言えることが、自分を表現する第一歩である。

一般には「挨拶」が、自分を表現する第一歩であるといわれている。「おはよう！」と

か「元気？」とか、何気ないひとことが、自分を一步前に踏み出す訓練になる。声を出して挨拶することにも抵抗を感じるのであれば、会釈するだけでもいい。会釈によって人は他者とかかわりあう。言葉のやり取りをするほど完全な交流ではないにしても、無言のうちに相手の存在を認め、相手に関心があること、さらには少なくとも嫌いではないこと、むしろ好意を寄せていることを表明することができる。「好きなものを言うてみる」ことと同様、挨拶も、人から反発されることの少ない、むしろ人に喜ばれる行為である。それゆえ、自分を表現することが得意でない人は、まず挨拶を実践してみることが、抵抗なく自分を表現できる第一歩となるのではなかろうか。挨拶はコミュニケーションの出発点であると言える。

山田は、挨拶のような声かけを「ストロークス」と呼んでいる。ストロークスとは、ささやかな情緒の表現、挨拶、心地よい刺激などのことで、他者とかかわる第一歩となるものである。コミュニケーションの第一歩は、「おはよう！」「元気？」などの挨拶や、「ありがとう」「ごめんなさい」「きのう巨人が勝ちましたね」などささやかな情緒の表出である（山田2004）。声が出しにくいときはうなずくだけでもいい。会釈だけでもいい。眼を合わせて会釈するだけで、人は自分の殻を超え出て、コミュニケーションが展開されている共同の世界に入っていくことができる。ストロークスによって心の距離が近づき、コミュニケーションの第一歩が始まる。

学生に「挨拶が大切」というと、「教師を尊敬せよ」と言っているのではないかと誤解されることがある。挨拶は教師にゴマをするために行うものではない。もっと大きな意味は、挨拶が社会人として必要とされる最も基本的な能力、つまり「自分を表現する力」を養ってくれるからである。挨拶ができるようになれば、自分の考えを「言う」こともできるようになり、コミュニケーションもできるようになる。学生は、教師を練習台として、コミュニケーション力をつけるのである。

自分と相手の関係についても、考えてみなければならない。幼児を相手にする場合であれば、自分を表現することは比較的容易であろう。相手が友人であれば言いたいことは言えるかもしれない。目上の人に対してはどうだろうか。異年齢の他者と話す機会が比較的少ない場合、若者言葉で話すことはできても、敬語を使って相手に話しかけることは難しいかもしれない。

また、相手が多数の場合、一対一の場合と同じように自分のことばを話すことは難しくなる。そのためには、大勢の前で発表する機会をなるべく多く確保して、自分を表現する訓練を積む必要がある。発表するときは教室の前に出て、教壇に上がって、しっかり相手を見て、姿勢は正して、はっきりした口調で伝えなければならない。

授業で考えてみると、受け身の授業は「話す」訓練にならないことは言うまでもない。授業形式としては、発言する機会の多い少人数の演習が、話す訓練としてはぜひ必要となる。自分がリーダーとなって話さなければならない機会が多ければ多いほど、自分を露出する機会は多くなり、「言う力」が身に付く。

このような「話す」訓練は、知識の獲得に比べると程度の低いことのように思えるかもしれないが、教室の前に出て、一段高い教壇上から発表することは、「話す」訓練とし

てぜひ必要なものである。学生に壇上に上がるように求めると、しばしば「壇の下でもいいですか？」と聞く学生がいる。壇の下で話したのでは、自分がリーダーであるという自覚は生まれない。壇の上に上がることが重要なのである。また、用意してきた原稿を棒読みするだけでは、「話す」訓練にはならない。壇の上で、原稿なしに、自分で考えながら話すことに意味があるのである。そのためには、「原稿を見ないで発表する」、発表後に「必ず5つ以上の質問を受ける」、「私語をする人には発表者自身が注意する」などの課題を課すことも役にたつ。これらのことは自分が「発表する」人、いいかえればその場のリーダーであることを自覚するために大事なことと思われる。

これまで教育で重視されてきたことは知識を獲得することであった。知識を獲得しさえすれば、「できる人」として通用した。しかしながら近年求められている能力は「知識」の多寡ではない。たとえ「知識」があったとしても、それを伝える能力がなければ「知識」は何の役にも立たない。本稿の最初に取り上げた投稿者の困惑は、「知識」が大切だと思って努力してきたら、「コミュニケーション能力」であったというものである。われわれも、「知識」は高尚なもの、学ぶ価値のあるもの、それに対して、伝える力は学ぶほどの価値のないものと考えてきたのではなからうか。「一歩前に出る」とか「壇上に上がる」とか「声を出す」とかの練習は、大学でことさら学ぶ価値のあることと思わなかったように思われる。

保育士は子どもに働きかけ、子どもを楽しませ、子どもを安心させる存在である。その意味では、保育士は歌手や役者と同様、子どもたちを導くリーダーになれなければならない。リーダーは、人の後ろに隠れたフォロアーと違って、自分が主役となってその場をリードする。つまり自分を表現できなければならない。一般の社会人にとっても、挨拶は社会人基礎力の根幹をなすものであるが、保育士にとっては、挨拶は保育士の職務そのものの基盤を形成するものである。

「言う」ことは自分をさらすこと、批判を受けることである。自己を人の批判にさらすことによって自己は鍛えられ、成長する。反対に自己を隠し、表現しないと、人は成長しない。いつまでも幼稚な見方や考え方をもち続けることになり、いずれ不満分子、批評家、身を隠して攻撃ばかりする未熟な人になってしまう。

自分らしい表情のあることばは、自分に正直に生き、相手にかかわっていれば自然に身体の中から湧き出てくるものである。何らかの理由で、自分を開けない、一歩踏み出す勇気がない、後ろに隠れていたい、責任を取りたくない、感情を知られたくない、あるいはニセ自己の仮面をかぶっていたいと思う防衛的姿勢をとるものには言葉がない。たとえば「失業している」とか「貧乏である」とか「方言を話す」などの理由で他者の視線を意識しているときには、自分を素直にさらけ出せない。自分をよく見せたいという欲望が、自分をさらけ出せなくしているのである。

5 ことばが「届く」

挨拶ができ、好きなものを言えるようになったら、次の目標は、自分のことばが相手に届くことである。独り言を言っているコミュニケーションは始まらない。ことばが相手に届き、相手の行動を変えるということは、ことばが相手に聞こえているかどうかということではない。聞こえていても相手を動かすエネルギーのないことば、勢いのないことばは相手に届いていない。ことばが相手に届くとは、ことばによって相手を変えることである。演劇の面からことばを研究してきた竹内は、相手に届くことばを発する訓練を以下のように描写している。

「チヨコちゃんは、こえは出るけどことばにならなかった。知能指数不明とされ、発育遅れの子として入学した。このチヨコちゃんの稽古は、

- ① ただ「アー」と声を出すだけの稽古なのだが、「正面の黒板を突き通して隣の教室の伊藤先生のおでこにアーの声をくっつける」。
- ② 「頭の上の蛍光灯に正面を向いたままのアーで届かせる」。頭のとっぺんから声が出ていくようなイメージでの声を出す。
- ③ やはり正面向きのまま、「後ろの壁を突き抜いて秋山先生の教室にアーを入れる」。つまり

後頭部から声を届かすようなイメージの発声練習。

クラス8人の子どもたちと一緒に私もやってみた。雑念がまじると声が空に散る感じだし、子どもたちのこえの出しようも聞き分けられない。いつもずっと「自分以外を教える」ことをしてきたものだから、うんと一心にならないと、「伊藤先生のひたいにアーをくっつける」イメージに自分をまとめられないのだろう。

「隣の教室の先生のひたいにくっつけよう」、それでチヨコちゃんは全身が黒板の向こうに飛んでいった。かの女は大きな声を届かせようとしたのではない。「からだ（心）」を劈（ひら）いて先生のひたいに着いた。それをまわりでは「こえが出た」と見た（竹内1988 p.9～要約石井）

つまり、コミュニケーションするということは、ただ口から音声が出ているということではなく、自分の思いが身体ごと相手のところに届き、相手を変えることである。口先で声を出すのではなく、身体を開き、身体を相手に投げ出し、身体で相手にかかわることである。自分の思いが相手を変える力となることを竹内は「ことばが届く」という。

「コミュニケーションの面からみれば、話し言葉は何よりもまず他者への働きかけです。相手に届け、相手を変えること。変えるといっても、行動を変えさせる、持っているイメージを変えさせるなどいろいろですが、とにかく変えることで、単なる感情や意見の表出ではない。ですから話し言葉が最もよく発せられる場

合と言えば、自動車が来るのに気づかないで歩いている人に「アブナイ！」と怒鳴るときなどはその典型で、こんなときは体全体が単一の目標に向かって躍り上がり、知らないうちに大声が出ている、と言うわけです。」(竹内1988 pp25-26)

相手に届く声を出すためには、猫背やうつむいた姿勢では不可能である。大きな舞台上で朗々と歌い上げるイタリアオペラの「ベルカント唱法」を参考にすることもできるだろう。胸を開いて背筋を伸ばしてまっすぐに立つと、背筋は弓のようにそり、お尻が上がり、下腹がへこんだ感じになる。からだは常に柔らかく伸びやかに、体の中心に太い筒を通す感じで、ほほ笑みながら、身体全体がひとつの楽器になったように外に向かって発声する。この唱法はオペラという舞台上の発声方法であるが、われわれの日常においても自分の言葉を堂々と発するとはどういうことなのか考えるうえで参考になる。

反対に、声が届かないとは、声がか細い、語尾がはっきりしない、早口であるなど、相手に分かってもらいたいという意図が感じられない発声である。自分の思いを身体全体で相手に届けようというエネルギーがなく、ことばが内にこもった状態である。コミュニケーションとは、自分の外側の世界で展開される他者との共同作業である。そのためには自分を投げ出す力のないことばは、コミュニケーションを成立させることばとは言えない。

「こえとかことばを<からだ>の動きと別々に考えることはできない。自分の<からだ>の中でその人に対して何か働きかけようという「気」が起こったときに、すっと手が動く、こえが出てゆき、相手にふれる。そのとき、相手のからだの内に、こちらの動きに対応してある動き（自己－触発）が芽生える、その体験を、ことばを理解したという（竹内1988 P.260）。

コミュニケーションするためのことばは相手に働きかけるために発せられるもの、何ものかに向かって発せられるものであって、個人の内部にそれ自体として存在しているものではない。赤ちゃんが転びそうな時「あっ、あぶない！」と声を発する。ことばは、人が外にかかわるときに、いいかえれば自分に閉じこもらず、関係の中に身を投じるときに自ずと、湧き出るように吹き出す。それゆえ自分の内部に閉じこもっている人には言葉がない。「こんなこと言ったらどう思われるだろうか?」「恥をかかないようにしたい」「人からよく思われたい」などなど、自分にこだわっている人からはことばが出てこない。

6 自分を開く

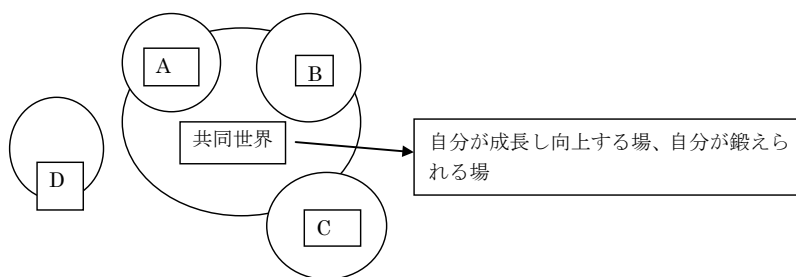
私の恩師の宗教哲学者、谷口隆之助先生はよく「歌を歌ってみろ！」とか「手を開いているか」とか「肩の力を抜いているか」などの問いかけをされていた。当時私はそれがどういう意味がよくわからなかったが、今になって考えてみると、自分に閉じこもら

ず、われを忘れ、自分を超越出ていることが生きることである、とおっしゃっていたのではないかと思う。

自分の殻から出て、共同の場に参加すること、一步前に踏み出してみることは、自分を無にすることである。腕を組んでしまう、うつむいてしまう、一步下がってしまう、自分を閉じてしまう、声が小さい、声が出ない、表情がないなどの現象は、人とかかわらず、関係を拒否する姿勢である。野球の練習で「声を出すこと」が重要なのは、自分を常にゲームにかかわらせ続けていること、集中力を維持し続けることがいいプレーの基本だからだと考えられる。自らすすんでカラオケを歌ってみるとか、自分の描いた絵を人に見せて評価してもらうなども、自分を共同の場にさらすいい訓練になる。

人間関係のトレーニング（ST 訓練）は、初対面の参加者が4、5日の期間、テーマもなく話し、あるいは聞く訓練である（早坂1978）。10名程度が円形にイスを並べて座ることになっているのだが、知らず知らずのうちに、イスを少し後ろに引いてしまう参加者や、学んだことをノートにとろうとする参加者などがときどき出現する。そのようなときにトレーナーは「どうしてイスを後ろに引いているんですか？」と問いかけるが、多くのものは、この発問の意味がよくわからない。その場の対話に身を乗り出して参加している人は、ノートをとろうとも思わない。相手をよく見て、人の話に食い入るように聞き入る。他者と交流しつつあるこのような状態が、人間の本来的なあり方である。人間は個人の内側にあるのではない。和辻哲郎はそれを「人間は人の間である」と表現したのである（和辻2007）。

メルロ・ポンティは、母親から恋する青年との再会を禁じられた少女が、不眠に陥り、食欲もなくなり、ついには話すこともできなくなってしまった失声症の例を挙げている（メルロ・ポンティ 1967 pp.265～）。少女は、青年との交際禁止を、特定の個人との交際禁止と受け止めたのではなく、そのほかの人との交際禁止、社会一般との交際禁止、さらには外とかかわること自体の禁止と受け止めたのである。人は、ことばによって社会とかかわる。他者との交流を禁じられた少女は、ついには声を失ってしまった。声を出すということは、自らを開き社会とかかわらせることである。人に働きかけ、人に影響力を及ぼすことである。



Dのように孤立した人は鍛えられない
消極的な孤立・・・ひきこもり
積極的な孤立・・・自己中心

7 相手に受け入れられる話し方

相手に届く大きな声であっても、そのことばが相手に受け入れられなければ言葉を発する意味がない。自分のことばを相手に受け入れてもらうためには、まず自分が相手を受け入れなければならない。受け入れてもらっているときに、人は心を開き、相手のことばを聞く余裕が出てくる。

「笑顔」は、相手の存在を認め、「あなたを受け入れますよ」というサインである。「私には聞く準備ができています。言いたいことがあれば、遠慮なく言ってください」という気持ちが「笑顔」に表れる。暗い表情や仏頂面は相手を拒否するサインである。人間関係は相互的である。警戒心のなさが相手の心を開くのである。

「笑顔」と同じ意味で、明るい声、高いトーンの声も相手を喜んで受け入れているサインである。相手を歓迎しているから心が弾み明るい声になる。暗く沈んだ声は、相手を拒否するサインである。微笑みを忘れず、明るい声で話すことは、コミュニケーションの世界に生きるための必須の条件である。コミュニケーションという面から見れば、「明るさ」は、数ある性格類型のなかの一つということではない。他者との共同世界を生きる資質をもっているかどうかの指標である。面接で「明るさ」が重視されるのは、社会性のある人を選ぶためである。「明るい」ということは、自分を開いていることであり、対話的であることである。組織の中で動く場合、明るく協調的であることは必須の条件である。

サングラスが警戒されるのは、サングラスが相手から見られることを拒否しているからであろう。サングラスは、交流の否定、コミュニケーションの拒否という意味を持つ。同じくヘッドホンステレオを聞き続けること、腕組みをすること、前髪を垂らすこと、顔を上げずに目だけでものを追うことなども、相手とのコミュニケーションを拒否する類型に入るだろう。人前で携帯電話を使うことが嫌われるのは、周りとの社会関係を無視しているからである。

阿川は、インタビューするとき気を付けることとして、「相手と目の高さを合わせる」ことを挙げている（阿川2012 pp.184～）。社会的であるためには、言うべきことは言いつつ、相手の話を聞く謙虚さも持ち合わせていなければならない。自分と相手が対等な力関係にあるときに、対人関係は実り豊かな対話的關係となる。

8 現場での実践

実際に現場で行われている接客態度はどのようなものだろうか。井上ひさしは、JR 東日本の接客 6 大用語を紹介している（井上2004）。

「(明るい心で) いらっしゃいませ」

「(素直な心で) はい」

「(積極的な姿勢で) どうぞ」

「(反省の態度で) 申し訳ございません」

「(謙虚な心で) お待たせしました」

「(感謝の心で) ありがとうございます」

接客するときの態度としてとくに強調されているのは、明るさ、積極性、謙虚、感謝などの態度である。接客する側として相手を立てつつコミュニケーションをとることの重要性が、この用語例に表れており、社会人として円滑なコミュニケーションを実践するうえで、参考になる。ほめられたら素直に「ありがとう」と受け入れることが、コミュニケーションの基本である。「ほめないでください」とか、「ほめたって何も出ませんよ」という反応は、相手とのコミュニケーションの芽を摘まんでしまい、コミュニケーションが発展する可能性を閉ざしてしまう。

では、多弁はどうだろうか。ことばが次から次へと出てくる多弁は、相手に話す間を与えない防衛的態度である。相手の話を聞く余裕がない人にとって多弁という攻撃は最大の防御になる。相手の求めているものを的確につかんでいるひとは、多弁である必要はない。意味のあることばには重みがあり、オリジナリティーがある。その人でなければ話せない内容がある。高倉健やジャン・ギャバンが、演技らしい演技をほとんどしないうちにもかかわらず、人に感動を与えるのは、ことばに重みがあるからである。反対に、駅前で実演販売をしている人のことばは、沈黙を恐れるかのように次々と発せられるが、内容は空虚であり、伝えたいという思いが感じられない。「立て板に水」という「営業トーク」や「バスガイド口調」は、自分の内部に蓄積されたことばを間断なく出し続けているだけで、相手のところに届いてはいない。声は出ても、相手に届かず空回りしてしまっている。

社内のロールプレイングでは完璧にセールストークを繰り広げる営業マンほど、実績はそれほどでもないことが多い。実績を上げている優秀な営業マンほど、「聞き上手」です（上坂2012 p.40）。

また、新入社員の教育訓練の一環として一時行われていた、駅前で大声を出して歌を歌う訓練も、所かまわず、相手かまわず声を出す鈍感力の訓練にはなりえても、相手に的確に届く声を出す訓練にはなりえない。「声が届く」とは、ただ大きな声を張り上げるのではなく、相手が受け取れるように、相手のところにしみ込むように、ことばをそっと置くことである。ことばを発するためには、受け取る側がどのような状態にあるのか感じ取る力がなければならない。ことばを発するという単独の行為に、すでに「聞く」という対話のもう一つの要素が含まれているのである。

ことばを受け取ってもらうためには、相手にことばを受け取る余裕が必要である。とくに相手に注意する場合など、いきなり相手の欠点を指摘しても拒否されるだけである。相手を傷つけないで言うためには、まず相手の長所をほめることも忘れてはならない。ほめた後で、「こうしてくれたらうれしい」とか、「こうしてほしい」とか、自分の

希望を伝える技術も必要であろう。また、否定形で「廊下を走るな！」と言うのではなく、「歩きましょう」と肯定的に言う技術も必要であろう。福田は、肯定的な言い方は人のこころを和らげるという（福田2008）。人のこころはこわれやすく、傷つきやすい。肯定的であることは、相手を尊重することであり、相手にことばを受け入れる余裕を与える。ことばを受け取ってもらうためには、相手への思いやりが必要である。

9 「言う」ために必要とされるもの

では、「言う」ために何が必要かをまとめてみよう。

① 自発性

自ら挨拶をするとか、「このラーメンおいしいね」、あるいは「いい映画だったね」など、第一歩を自分から踏み出すことを続けることで自分の見方や意見ができてくる。反対に自己抑制を続けると批判力は麻痺する。なにも話さないと、いつまでたっても映画を見る目は育たない。

② 自分に正直であること

「言う」ためには、自分をさらけ出せなければならない。誰にでもその人独自の感情、感覚、意見、主張はある。個人はもともとオリジナルな存在である。この独自な見方を口に出さないまましていると、自分のオリジナリティーは次第に萎えてしまう。そのためには自分の感覚に正直でなければならない。さらに原始的意味では、肉体に正直でなければならない。「このラーメンは美味しい」とか「疲れた」とか、身体が発するサインはオリジナルである。まずそれを表明してみることが第一歩となる。自分をさらけ出すこと、わからないときは「わからない」と言うこと、知らないときは「知らない」と言うこと、たとえ非難されても自分にとっての事実を事実として口に出してみることが大切である。上坂は、コミュニケーション力をアップする方法は、「評価を気にしないこと」（上坂2012 p.218）という。「話す」とは、自分を解放すること、いいかえれば「放す」ことであるといえる。自分を解放すること、からだを解放すること、自分の中に言えないまま鬱積した感情をもち越さず、こころを晴らしておくことが大切である。

③ 孤独に耐える力

ことばを発する人は、その場の主役となる。主役は、その場をリードしなければならない。それゆえことばを発する人は、主役になるための気概が必要である。主役は孤独である。主役はリーダーである。主役は事態を動かす。そのような立場にいる責任を背負えないと、言葉は出てこない。自分の見方は他の人とは違う。違って当たり前という強さが必要である。そのためには他者に媚びない、照れない、恥じない強さが必要である。リーダーであるからには、人を引っ張る傲慢さが求められる。しかし、いったん舞台から降りたときには謙虚に反省する姿勢も必要である。

10 コミュニケーションの障害

とはいっても、大勢の前で発表する場合、自分をさらけ出せるかと言われると、それほど簡単ではない。大勢の視線にさらされることによって、自分が語りかける能動状態から、見られる受動状態に変化してしまい、次のことばが出てこない。固まる、緊張する、自意識が過剰になる、さらには赤面、どもり、上がるなどの兆候も出てしまう。これを一気に解決する方法は簡単には見つからない。自分を正直にさらけ出す訓練を積み重ねながら、時間をかけて自分を鍛え、場慣れしていくしか方法はない。

高齢者や障害児が犬などの動物と交流することによって生きる力を取り戻していくアニマルセラピーが治療法として注目されるのは、犬などの動物との交流が、人との交流のもっとも初歩的で原始的な形であるためと思われる。犬との交流では、相手から見られることを意識する必要はないし、相手から評価されることもない。ことばさえも介在しない身体と身体のもっとも原始的な交流である。それは、幼児とのコミュニケーションの場合も同じである。幼児は正直であり、嘘をつかない。このような存在を前にすると、だれでも自分に素直に、正直になれる。自分という殻を出て、関係のなかに生きることができる。アニマルセラピーは、動物との原始的な交流によってコミュニケーションを取り戻し、「生きる」力をよみがえらせる治療法である。

しかしながら、実際の社会で生きることは、他者との摩擦に常にさらされることもある。異なる意見との交流で、時には自分が批判され、自分を変えなければならない。つねに相手との摩擦があり、それに耐えなければならない。

「ひきこもり」は、他者との交流から逃避することによって、人生そのものを放棄してしまう生き方である。これらの人たちは、人一倍傷つきやすいために自分をさらけ出せない。自分を否定されることに耐えられない。しかし、その代償は大きい。苦しみ、悩み、その苦勞のなかから成長していく人生を味わうことができない。その意味で、引きこもりは、不完全な生命であるといえる。

11 どう「話す」のか

具体的場面で考えてみた場合、「話す」ためにはどのような点に気をつけたらいいのであろうか。人間関係のトレーニングを研究してきた星野は、「話す」ためのポイントとして以下の6つを挙げている（星野2003 pp.64～65）。

- ① 明確な表現をする。
- ② 相手がわかる言葉で話す。
- ③ できるだけ具体的に話す。
- ④ 相手のペースで語りかける。
- ⑤ 伝える情報量は適当にする。
- ⑥ 相手の表情など、からだから出ているサインに目を向ける。

長年の教師経験をもつ家本は、教師の話し方について以下のように要点をまとめている（家本1991）。家本は、教師という立場上、教室で行われている一対多数のコミュニケーションについて語っているが、「話す」技術として参考になることも多い。家本によると、相手に伝わる話し方をするためには、以下の諸点に配慮しなければならない。

I 明るく話す

相手を明るい気持ちにさせることは、相手の気分の活動性を高めておくことになり、相手の共感が得やすくなる。たとえば、「おはようございます」と挨拶することで、学級の暗いトーンは明るく変わる。教師には、まず「明るさ」が求められる。明るい話し方をする教師は、生き生きとして、人間として勢いがある。

反対に、暗い話し方をする教師は、肩を落とし、伏目がちに、暗い表情で、ぼそぼそと、弱々しく、目をきょろきょろ動かし、視線を揺らしながら、何となく勢いがなく、暗い感じである。明るい話し方とは、

- 1、語尾をはっきり発音する。これはスピーチの基本である。
- 2、メリハリをつける。「学校へくるときは」＝「**がっ**こうへ**くる**ときは」とメリハリをつけて言う。
- 3、抑揚は尻上がりに上昇させる。「そう**なの**か」と上り調子でしゃべると「そうなのか、よかったね」というニュアンスになる。

II わかるように話す

よくわかっていることはやさしく説明できるが、分かっていないことには難しい言葉をつかう。わかるように話すためには、われわれ自身が説明していることをよく分かっていなければならない。また、話が単調になることも避けなければならない。長い話も避けなければならない。そのうえで、

- 1 大きな声と小さな声を混ぜる。
- 2 強弱をつけて話す。力を入れたり、息をひそめたりして話す。
- 3 話の速度を変えて話す。早く話したりゆっくりしたテンポで話したりする。
- 4 話のヤマ場、感動的な部分は、感情をこめて話す。
- 5 「間」をとる。「間」は、相手の参加を促すことである。教師の話に反応し参加するのに必要な時間が「間」である。
- 6 表情や身振り手振りを交えて話す。
- 7 「日本の子どもは本当に幸せなんだろうか?」「見たり聞いたりしたことありますか?」など、「問いかけ」をはさむ。「そんなことしていいと思っているの?」というような答の決まった問い、反対を許さぬ問いは嫌味になるので言わないようにする。
- 8 沈黙の技法も必要である。沈黙することによって相手に話させるのである。たと

えば、セールスに乗ってこない相手に、突然しょんぼり沈黙してみせることによって、顧客は「どうしたんだろう？」と思って話に乗ってくる。また、「沈黙」は、教室や会場を静にさせる手でもある。講演では「すぐに話し出すな！」という教えがある。講演者が会場を見渡し、ゆっくりコップの水を飲むのは、会場を集中させるためである。しぐさと現物を見せる話法は効果的である。話だけでなく、目と耳でわかることができるためである。

そのほか、

一話一テーマにする。

はっとする出だしにする。

ポイントを繰り返す。

自慢話は避け、むしろ失敗談を話す。自慢話は評価を下げる。

ユーモアで味付けする。

以上のような話し方をすれば「感情の同化」「感情の共鳴」が進む。

Ⅲ 理解されているかどうか、相手を見ながら話を進める

子どもが理解するということは、鉢植えの植物に水をやるようなものである。一度に水をやると水が上からこぼれる。集中しなくなり、鉢の底から水が染み出るような飽和状態になったら、話を中断する、別の話にする、あるいはいったん休憩するなどの工夫が必要である。

Ⅳ 位置関係を考える

人間の背後は一番無防備の場所であり、相手を支配する場所である。試験監督は、この位置をとる。上は支配する位置であり、権力をもった教師が頭ごなしにもの言う位置である。一般に、客は上座に座る。横位置はなだめの位置であり、敵意のないこと、権力的ではないこと、一緒に考えようという意味をもっている。同じ場所から同じ声が聞こえてくると単調になるので、位置を移動する必要もある。位置移動によって話に変化が生まれる。たとえば机間巡視は、変化を持たせる工夫である。

Ⅴ 届く声を出す

腹の底から声を出す。相手に聞こえるだけでなく、相手を動かす声（感心させる、感動させる、びっくりさせる、納得させる、影響を与える）を出す必要がある。声は、教室の対角線の後ろまで届く声でなければならない。

Ⅵ 身振りを使う

身振り手振りで補うと話は真実味を帯びる。「こんなに大きな」と言いながら手をいっぱい広げる、「大事なことが二つあります」と言いながら指を二本立てる、「びっくりして恐る恐る近づいてみると」と言いながら、びっくりした動作をして、抜き足

差し足で近づくなど、身体で演じてみる必要がある。表情豊かにしゃべるときや動作とことばが一体になったときにメッセージは一番効果的に伝わる。「相手に伝える言語」は前に出る。これに対して、「自分で確認する言語」は内にこもる。日本人の話法は、一般に控えめでジェスチャーの振幅も小さい。同一文化同一民族だから大げさな身振りは必要なかったためである。教室ではこういう話し方では伝わらない。

Ⅶ 優しい視線を心がける

「ガンをつける」、あるいは「非難の目を向ける」ような冷たい視線は相手を固くしてしまふ。目はいつも優しくしなければならない。「許している」「励ましている」「包み込んでいる」目が教師の目である。

また、アイコンタクトが全く無いと相手は不安になる。反対に、アイコンタクトしたままでは睨まれているように感じてしまふ。うつむいて話すと、声がこもって聞きづらい、聞き手のところに訴えない。聞き手の側では、自分に語られている話と思えないために話についていけない。発表者は、相手の反応が見えないために独りよがりの発表になってしまう。そのため、相手を見ながら話すことが重要である。自分の話がどれだけ理解されているか知るために相手を見る必要がある。「手遊びが増えてきたな」「もぞもぞしてきたな」「つまらなそうな顔があるな」「あくびがでてきたな」は「飽きてきたな」ということである。

ことばが届いている状態は、視線も届いている。ことばと視線が集中して届いている状態を「ことばの集中線が届く」という。大勢に話すときは、中央よりやや後ろの人で話をよく聞いてくれている人（うなずいているなど）にこの集中線を合わせる。

Ⅷ 説得には技法がある

説得にはさまざまな技法がある。「君のしたことは悪いけど、君は決して悪い子じゃない」という「たたいて持ち上げる」技法をはじめ、「持ち上げてたたく」「けなして持ち上げる」「持ち上げてけなす」などある。しかし、基本は「たたいて持ち上げる」である。

12 まとめ

星野や家本の「話す」技術は、大勢の前で話すとき参考になることが多い。しかしながら、一对一の場面においても声が出ない、人と目を合わせられないなど、人間関係上のより基本的な問題をかかえている場合、このような技術を学ぶ以前の問題も考えなければならない。

本稿では、対人関係のより基本的部分に焦点を当て、「話す」ということはどういうことなのか、そのためには、どのような訓練を積み重ねる必要があるのかなどを論じてきた。そのために大切な実践としてとりあげたのは、挨拶、笑顔、明るさ、届く声、優しい視線などである。人は自分を表現しながら成長していく。他者と共有する共同世界に

踏み出すことによって、自己が社会化され、鍛えられる。現代社会が求めている「コミュニケーション能力」の習得は、自分を一步前に出し「挨拶」するところから始めなければならない。

保育士は子どもとコミュニケーションする専門家であり、実践家である。そのことを考えれば、保育士養成教育は、教科の勉強以上に、実践的におこなわれなければならない。具体的にいえば、来客が学校に一步足を踏み入れたとたん「おはようございます！」と明るい声で挨拶されるような学校をめざさなければならない。学生が自ら挨拶できるということは、ただ礼儀正しい学生を養成しているという意味をもつだけでない。コミュニケーションの2つの側面のうちの一つ、つまり「言う」と「聞く」のなかの、「言う」側面が実践的に教育されているということである。

参考・引用文献

- 阿川佐和子『聞く力一心をひらく35のヒント』2012 文春新書
家本芳郎「教師のための『話術』入門」1991 高文研
井上ひさし『日本語観察ノート』2004 中央公論新社
内田樹、三砂ちづる『身体知』2010 講談社 α 文庫
上坂徹『会話は「聞く」から始めなさい』2012 日本実業出版社
竹内敏晴『ことばが劈かれるとき』1988 ちくま文庫
早坂泰次郎『人間関係のトレーニング』1978 講談社
E. フロム、日高六郎訳『自由からの逃走』1951 東京創元社
福田健『女性は「話し方」で9割変わる』2008 経済界
星野欣生『人間関係づくりトレーニング』2003 金子書房
メルロ・ポンティ、竹内 小木訳『知覚の現象学Ⅰ』1967 みすず書房
山田和夫『外なる自己のつくり方』2004 亜紀書房
D. リースマン、加藤秀俊訳『孤独な群衆』1964 みすず書房
和田秀樹『人間は「感情」で動く』2011 新講社
和辻哲郎『人間の学としての倫理学』2007 岩波文庫

〈執筆者〉

清水 健（助 教）

野澤 義隆（助 教）

石山みづ美（専任講師）

里見 達也（専任講師）

吉田百加利（准 教 授）

井上 聖子（准 教 授）

小林 慧歩（山梨大学
名誉教授）

三井 正人（教 授）

藤巻真由美（教 授）

石井 秀夫（副 学 長）

帝京学園短期大学研究紀要第 18 号

発行日 2013 年 2 月 1 日

発行者 学長 冲 永 莊 八

帝京学園短期大学

〒 408-0044

山梨県北杜市小淵沢町 615-1

TEL 0551-36-2249

FAX 0551-36-4314

編 集 帝京学園短期大学研究紀要編纂委員会

制 作 武田相互印刷株式会社

BULLEITEN OF TEIKYO GAKUEN JUNIOR COLLEGE No.18 Contents

A study on responding to “Children of concern” in the Club of after-school children activities —Analyze from the Questionnaire survey results for After-school Careworkers of “A” Prefecture—	Shimizu, Ken 1
Child care stress-buffering effect of social support due to differences in family type	Nozawa, Yoshitaka 13
Informed assent of children in medical research: A comparison of official guidelines	Izumi Ishiyama 21
Relevance with the play scene in a development characteristic and the sandbox of the infant	Satomi Tatsuya 41
Child care support program for junior high school students, little children and their parents	Yoshida, Yukari 51
The residual chlorine concentration and preservation of Hypochlorous Acid Water	Kiyoko Inoue, Eiho Kobayashi 59
A study of children’s drawing —rapport parmatique—	Mitsui, Masato 69
A Study of Advances in the Music-reading Abilities	Fujimaki, Mayumi 81
Bringing up the ability of communication, particularly in expressing one’s mind	Hideo, Ishii 91

February 2013
TEIKYO GAKUEN JUNIOR COLLEGE